



RECIPROCA_{sms}
Con te, per le cose delicate

COOPERATIVE SOCIALI
PROTEZIONE SANITARIA INTEGRATIVA

PROTEZIONE SANITARIA INTEGRATIVA

1. RICOVERI

La disponibilità annua massima complessiva per le garanzie di cui al presente punto 1. ricoveri è di € 100.000,00 per Assistito.

1.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (VEDI ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI)

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso o in day-hospital non costituisce ricovero.

Qualora l'assistito venga ricoverato per un grande intervento chirurgico (vedi elenco), può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero stesso. Saranno liquidati con i criteri dei relativi punti 2, 3, 4, e confluiranno nel massimale del punto 1.

Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

Retta di degenza

Spese (non voluttuarie) rimborsate nel limite di € 200,00 per ogni notte di ricovero.

Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o in struttura alberghiera. La garanzia è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

Post Ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, visite specialistiche, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'Istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Saranno liquidati con i criteri dei relativi punti 2, 3, 4, 8, 10 e confluiranno nel massimale del punto 1.

Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico

Sono rimborsate le spese di trasporto dell'Assistito in ambulanza, con unità coronaria mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con un massimo di € 1.500,00 per Assistito.

Protesi ortopediche

Sono rimborsate le spese sostenute per l'acquisto e/o l'applicazione di protesi ortopediche legate all'intervento nel limite annuo di € 1.000,00 per Assistito.

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

Le spese relative alle voci "intervento chirurgico" e "assistenza medica, medicinali e cure" vengono liquidate direttamente alle strutture da Reciproca, lasciando una quota a carico dell'Assistito di € 1.500,00 per ogni intervento. Tale importo dovrà essere versato dall'Assistito alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. Il rimborso, comprensivo delle eventuali restanti voci sopra riportate, avverrà nel limite di € 6.000,00 per intervento.

Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate:

Le spese relative alle voci "intervento chirurgico" e "assistenza medica, medicinali e cure" vengono rimborsate nella misura dell'80% con applicazione di un minimo non indennizzabile pari a € 2.500,00 per intervento. Il rimborso, comprensivo delle eventuali restanti voci sopra riportate, avverrà nel limite di € 6.000,00 per intervento.

Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale:

Sono rimborsate integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ad esempio le spese per un'eventuale camera singola a pagamento) rimasti a carico dell'Assistito. Il rimborso, comprensivo delle eventuali restanti voci sopra riportate, avverrà nel limite di € 6.000,00 per intervento.

Per ottenere il rimborso l'Assistito dovrà trasmettere la denuncia di malattia inoltrando la domanda di assistenza entro 8 giorni dall'inizio della degenza mediante l'invio di certificato medico contenente la richiesta di ricovero. Per ricoveri che si protraggono oltre i 20 giorni è necessaria la proroga motivata dall'Istituto di cura. Alla fine della ospedalità dovranno essere inviate a Reciproca per l'ottenimento del rimborso, entro il termine di 3 mesi: 1) documentazione di spesa, 2) fotocopia della cartella clinica.

Esempio Area Ricovero su come avvengono i calcoli per valutare le singole voci, rimangono fuori alcune spese come ad esempio l'eventuale assistenza infermieristica. La somma di tutte le voci non potrà superare € 6.000,00 ad intervento:

Prestazione	Convenzionata	Non convenzionata	S.S.N.	Riferimento
Visita specialistica € 120,00	Franchigia € 30,00	Rimborso € 60,00	Rimborso integrale ticket	Punto 3
Protesi € 1.500,00	€ 1.000,00	€ 1.000,00	Rimborso integrale ticket	Punto 1
Intervento € 5.000,00	€ 3.500,00	€ 2.500,00	Rimborso integrale ticket	Punto 1
Accompagnatore 3 notti € 300,00	€ 150,00	€ 150,00	€ 150,00	Punto 1
Risonanza magnetica € 200,00	Franchigia € 35,00	€ 140,00	Rimborso integrale ticket	Punto 2
Ticket € 50,00			Rimborso integrale ticket	Punto 4

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CARDIOCHIRURGIA

- Intervento di cardiocirurgia a cuore aperto
- Intervento di by-pass aortocoronarico

COLLO

- Gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne
- Tiroidectomia allargata per neoplasie maligne
- Timectomia per via cervicale
- Resezione dell'esofago cervicale

ESOFAGO

- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago
- Operazioni sull'esofago per neoplasie maligne: resezioni parziali, basse, alte, totali
- Esofago-plastica

PANCREAS-MILZA

- Interventi di necrosi acuta del pancreas
- Interventi per cisti e pseudo cisti:
 - a) enucleazioni delle cisti
 - b) marsupializzazione
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi demolitivi sul pancreas:
 - a) totale o della testa
 - b) della coda

STOMACO-DUODENO

- Resezione gastrica da neoplasie maligne e benigne
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- Gastrectomia allargata da neoplasie maligne

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezione epatica
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Derivazioni bilio digestive
- Interventi su papilla di Vater
- Interventi di anastomosi veno-venose per il trattamento della ipertensione portale

RETTO- ANO

- Interventi per neoplasie maligne effettuati per via addominoperineale
- Proctocolectomia totale

INTESTINO

- Colectomia totale
- Colectomia parziale da neoplasie maligne e benigne

PERITONEO

- Exeresi di neoplasie maligne dello spazio retroperitoneale

TORACE

- Resezioni segmentarie e lobectomia
- Pneumonectomia
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee
- Pleuropneumonectomia
- Toracectomia ampia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Timectomia per via toracica
- Toracoplastica totale
- Interventi per neoplasie maligne del mediastino
- Interventi per neoplasie maligne della trachea

FACCIA E BOCCA

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Interventi demolitivi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Interventi per deviazioni liquorale diretta e indiretta
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranici
- Rizotomia chirurgica e microdecompressione endocranica dei nervi cranici
- Anastomosi endocranica dei nervi cranici
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione di neoplasie endocraniche e trattamenti chirurgici degli aneurismi intracranici
- Interventi per epilessia focale
- Emisferectomia
- Neurotomia retrogasseriana – sezione intracranica di altri nervi
- Talamotomia – pallidotomia ed altri interventi simili
- Asportazione di neoplasia del rachide intra ed extra midollari
- Interventi per patologie intramidollari e per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica
- Ernia del disco dorsale e cervicale con qualsiasi tecnica
- Ernia del disco lombare per via transtoracica
- Interventi sul plesso brachiale
- Asportazione di tumori dell'orbita

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi sull'aorta e sui grossi vasi arteriosi splanchnici
- Interventi per aneurismi e by-pass dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, troncobranchiocefalico, iliache, femorale e poplitea, polmonare
- Endoarteriectomia della arteria carotide, della arteria vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomia
- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- Resezione del sacro
- Osteosintesi rachidee con placche e viti transpeduncolari
- Interventi sulle grandi articolazioni e sulle ossa lunghe per neoplasie maligne
- Artroprotesi di anca per patologia acquisita

OTORINO

- Laringectomia totale
- Faringolaringectomia
- Interventi per neurinoma dell'VIII paio

UROLOGIA

- Nefrectomia per neoplasia
- Nefro-ureterectomia totale
- Surrenelectomia

TRAPIANTI

- Tutti i tipi d'organo (anche di midollo osseo)

1.1.1 Diaria di ricovero per grandi interventi chirurgici (VEDI ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI)

L'Assistito, qualora non richieda alcun rimborso né per ricovero né per altra prestazione ad esso connessa ad esclusione delle spese pre-ricovero e post ricovero, relativo ad un intervento chirurgico di cui all'allegato precedente, avrà un'indennità di € 45,00 per ogni giorno di ricovero con un massimo di 20 giorni per ricovero.

Il giorno di ingresso e quello delle dimissioni, verranno computati, ad ogni effetto, come una sola giornata di degenza.

Per ottenere la diaria l'Assistito dovrà trasmettere il foglio di dimissioni e la prescrizione contenente la tipologia di intervento. Reciproca prima di riconoscere la diaria ha il diritto di chiedere la copia della cartella clinica che se non dovesse essere fornita precluderà la possibilità di ottenere l'indennità.

1.2 DIARIA DI RICOVERO PER INTERVENTO CHIRURGICO ORDINARIO

È prevista una diaria di € 30,00 per ogni giorno di ricovero con un massimo di 7 giorni per ricovero per intervento chirurgico non rientrante tra quelli previsti al precedente punto 1 "ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico (vedi elenco grandi interventi chirurgici)".

Il giorno di ingresso e quello delle dimissioni verranno computati, ad ogni effetto, come una sola giornata di degenza.

Per ottenere la diaria l'Assistito dovrà trasmettere il foglio di dimissioni e la prescrizione contenente la tipologia di intervento. Reciproca prima di riconoscere la diaria ha il diritto di chiedere la copia della cartella clinica che se non dovesse essere fornita precluderà la possibilità di ottenere l'indennità.

1.3 DIARIA DI RICOVERO IN CASO DI PARTO O INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA

È prevista una diaria di € 100,00 per ogni giorno di ricovero con un massimo di 5 giorni per ricovero per parto o interruzione di gravidanza.

Il giorno di ingresso e quello delle dimissioni verranno computati, ad ogni effetto, come una sola giornata di degenza.

Per ottenere la diaria l'Assistita dovrà trasmettere il foglio di dimissioni.

Reciproca prima di riconoscere la diaria ha il diritto di chiedere la copia della cartella clinica che se non dovesse essere fornita precluderà la possibilità di ottenere l'indennità.

1.4 TRATTAMENTI TERAPEUTICI

È previsto un contributo di € 26,00 per ogni giorno di terapia per un massimo di 30 giorni l'anno per le seguenti terapie, effettuate in Strutture Pubbliche o Private:

- Chemio
- Cobalto
- Dialisi
- Radio

Per ottenere il contributo l'Assistito dovrà trasmettere la prescrizione contenente la tipologia di terapia da effettuare e un documento ufficiale da cui si evincano le sedute effettuate.

2. ALTA DIAGNOSTICA

Il Piano sanitario prevede il pagamento delle spese per le seguenti prestazioni eseguite indipendentemente dal ricovero e non riconducibili a patologie relative all'area odontoiatrica, in presenza di prescrizione contenente la patologia presunta o accertata per la quale la prestazione viene richiesta. Esclusivamente per le prestazioni svolte in regime di servizio sanitario nazionale sono compresi anche i ticket per accertamenti diagnostici effettuati per infertilità o sterilità.

ALTA DIAGNOSTICA RADIOLOGICA

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

ACCERTAMENTI

- Mappatura nei
- E.C.G.
- E.C.G. 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 o senza MDC
- Scintigrafia
- Tomografia assiale computerizzata (anche virtuale) con o senza 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 € 35,00 per ogni accertamento diagnostico o seduta. 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.

Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate:

Le spese vengono rimborsate nella misura del 75% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni accertamento diagnostico o seduta. Per ottenere il rimborso l'Assistito dovrà allegare alla fattura la prescrizione contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale:

Sono rimborsati integralmente i ticket sanitari.

Per il rimborso è necessario che l'Assistito alleggi alla copia del ticket, la copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata.

Esempio struttura non convenzionata:

- Se per una prestazione in una struttura non convenzionata l'Assistito chiede il rimborso di una fattura di € 100,00, viene applicato il minimo non indennizzabile di € 60,00. In questo caso rimangono a suo carico € 60,00 e saranno rimborsati € 40,00.
- Se per una prestazione in una struttura non convenzionata l'Assistito chiede il rimborso di una fattura di € 300,00: il 25% di € 300,00 è € 75,00. In questo caso rimangono a suo carico € 75,00 e saranno rimborsati € 225,00.

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

3. VISITE SPECIALISTICHE

Si prevede l'assistenza per spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o ad infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche ed ortodontiche, delle visite psichiatriche e psicologiche, 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. Esclusivamente per le prestazioni svolte in regime di servizio sanitario nazionale sono compresi anche i ticket per visite specialistiche effettuate per infertilità o sterilità.

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'Assistito di € 30,00 per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata 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.

Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate:

Le spese vengono rimborsate nella misura del 80% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni visita specialistica.

Per il rimborso è necessario che l'Assistito allegghi alla fattura la prescrizione contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale:

Sono rimborsati integralmente i ticket sanitari.

Per il rimborso è necessario che l'Assistito allegghi alla copia del ticket la copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 700,00 per Assistito.

Esempio struttura non convenzionata:

- Se per una prestazione in una struttura non convenzionata l'Assistito chiede il rimborso di una fattura di € 100,00, viene applicato il minimo non indennizzabile di € 60,00. In questo caso rimangono a suo carico € 60,00 e saranno rimborsati € 40,00.
- Se per una prestazione in una struttura non convenzionata l'Assistito chiede il rimborso di una fattura di € 350,00: il 20% di € 350,00 è € 70,00. In questo caso rimangono a suo carico € 70,00 e saranno rimborsati € 280,00.

4. TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

Reciproca rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito effettuati nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia, ad infortunio, ad infertilità e sterilità, non rientranti tra quelli previsti al precedente punto 2 "Alta Diagnostica", e i ticket sanitari di pronto soccorso accompagnati da referto del pronto soccorso.

Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assistito allegghi al ticket la prescrizione contenente la patologia presunta o accertata o il referto del pronto soccorso.

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

5. MATERNITÀ E GRAVIDANZA

5.1 MATERNITÀ E GRAVIDANZA

Reciproca rimborsa le spese sostenute nel periodo di gravidanza ed ad esso riconducibili. Nello specifico spese per ecografie, analisi clinico chimiche ordinarie e visite effettuate in gravidanza. Sono altresì ricomprese l'amniocentesi, l'amnioscopia, la villocentesi e i test di DNA fetale, queste vengono previste solamente se l'Assistita ha un'età superiore ai 35 anni oppure se esiste già una malformazione familiare, per famiglia si intendono parenti di 1° grado.

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'Assistita di € 40,00 per ogni prestazione, che dovrà essere versata dall'Assistita alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Assistita dovrà presentare alla struttura la prescrizione da cui si evinca che la prestazione da effettuare è collegata allo stato di gravidanza. Reciproca prima di riconoscere il rimborso ha il diritto di chiedere documentazione aggiuntiva utile al riconoscimento del regime in cui si è svolta la prestazione. Se tale documentazione non dovesse essere fornita sarà preclusa la possibilità di ottenere il rimborso.

Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate:

Non è previsto alcun rimborso.

Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale:

Sono rimborsati integralmente i ticket sanitari.

Per il rimborso è necessario che l'Assistita alleggi la copia del ticket e la prescrizione da cui si evinca che la prestazione da effettuare è collegata allo stato di gravidanza. Reciproca prima di riconoscere il rimborso ha il diritto di chiedere documentazione aggiuntiva utile al riconoscimento del regime in cui si è svolta la prestazione. Se tale documentazione non dovesse essere fornita sarà preclusa la possibilità di ottenere il rimborso.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 400,00 per Assistita.

5.2 PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Reciproca rimborsa, inoltre, le spese per accompagnamento alla procreazione se l'Assistito ha un'età superiore a 35 anni. Rimborsa le spese sostenute nel percorso della p.m.a. ed ad esso riconducibili. Nello specifico spese per ecografie, analisi clinico chimiche ordinarie e visite.

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'Assistito di € 40,00 per ogni prestazione, che dovrà essere versata dall'Assistito alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Assistito dovrà presentare alla struttura la prescrizione da cui si evinca che la prestazione da effettuare è collegata all'accompagnamento alla procreazione.

Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate:

Non è previsto alcun rimborso.

Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale:

Sono rimborsati integralmente i ticket sanitari.

Per il rimborso è necessario che l'Assistito alleggi la copia del ticket e la prescrizione da cui si evinca che la prestazione da effettuare è collegata all'accompagnamento alla procreazione.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di €450,00 per Assistito.

6. PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA

6.1 PACCHETTO PREVENZIONE ODONTOIATRICO

Intendendo operare con finalità di prevenzione per un'ulteriore tutela della salute, Reciproca provvede ad un'ablazione tartaro e visita di controllo una volta all'anno.

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con Reciproca ed effettuate da professionisti convenzionati:
Le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente ed integralmente alle strutture.

Tale prevenzione è usufruibile una volta all'anno.

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

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.

Tale prevenzione è usufruibile una volta all'anno.

6.2 AVULSIONI (ESTRAZIONE DENTI)

Reciproca provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione) fino ad un massimo di 2 denti l'anno.

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con Reciproca ed effettuate da medici convenzionati:
Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente alle strutture Convenzionate nella misura di massimo 2 denti l'anno e con uno scoperto del 50% per un massimo di € 50,00 ad estrazione/dente. L'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assistito alla struttura convenzionata. La procedura di autorizzazione prevede l'invio della documentazione di seguito riportata:

In fase di richiesta di autorizzazione:

- Preventivo del dentista da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni da eseguire e dei denti su cui intervenire;
- Rx e OPT o foto (effettuata e validata dal dentista) pre prestazione.

Per la validazione dell'autorizzazione:

- Rx o foto alveolo (effettuata e validata dal dentista) post prestazione.

Si precisa che in caso di mancata e/o ritardata consegna dei documenti indicati non si procederà con il pagamento in favore dei soggetti convenzionati relativo alle prestazioni ricevute. In questo caso l'importo sarà totalmente a carico dell'Assistito.

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 per massimo 2 denti l'anno.

Per ottenere il rimborso è necessario produrre:

- Il ticket accompagnato da prescrizione;
- Documento ufficiale da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite e dei denti su cui si è intervenuti;
- Reciproca ha il diritto di chiedere eventuali rx, OPT e simili che se non dovessero essere fornite precluderanno la possibilità di ottenere il rimborso.

6.3 OTTURAZIONI

Reciproca provvede al pagamento delle prestazioni di otturazione fino ad un massimo di 2 otturazioni l'anno. La prestazione non può essere riconosciuta per lo stesso dente per non più di una volta ogni 5 anni.

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente alle strutture Convenzionate nella misura di massimo 2 otturazioni l'anno e con uno scoperto del 50% per un massimo di € 50,00 ad otturazione. L'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assistito alla struttura convenzionata. La procedura di autorizzazione prevede l'invio della documentazione di seguito riportata:

In fase di richiesta di autorizzazione:

- Preventivo del dentista da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni da eseguire e dei denti su cui intervenire;
- Rx e OPT o foto (effettuata e validata dal dentista) pre prestazione.

Per la validazione dell'autorizzazione:

- Rx o foto (effettuata e validata dal dentista) post prestazione.

Si precisa che in caso di mancata e/o ritardata consegna dei documenti indicati non si procederà con il pagamento in favore dei soggetti convenzionati relativo alle prestazioni ricevute. In questo caso l'importo sarà totalmente a carico dell'Assistito.

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 per massimo 2 otturazioni l'anno.

Per ottenere il rimborso è necessario produrre:

- Il ticket accompagnato da prescrizione;
- Documento ufficiale da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite e dei denti su cui si è intervenuti;
- Reciproca ha il diritto di chiedere eventuali rx, OPT e simili che se non dovessero essere fornite precluderanno la possibilità di ottenere il rimborso.

6.4 IMPIANTI OSTEOINTEGRATI

Reciproca provvede al pagamento delle prestazioni di impianti osteointegrati fino ad un massimo di € 700,00 all'anno per Assistito.

La prestazione non può essere riconosciuta per lo stesso dente per non più di una volta ogni 5 anni.

Nell'ipotesi di rigetto non è ammessa nuovamente la prestazione per un nuovo impianto sullo stesso dente.

Non potranno essere prese in esame fatture per prestazioni odontoiatriche iniziate ed eseguite prima della decorrenza della copertura.

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente alle strutture Convenzionate con uno scoperto del 50% e per un massimo di € 350,00 ad impianto. L'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assistito alla struttura convenzionata. La procedura di autorizzazione prevede l'invio della documentazione di seguito riportata:

In fase di richiesta di autorizzazione:

- Preventivo del dentista da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni da eseguire e dei denti su cui intervenire;
- OPT pre prestazione.

Per la validazione dell'autorizzazione:

- OPT o rx endorale post prestazione.

Si precisa che in caso di mancata e/o ritardata consegna dei documenti indicati non si procederà con il pagamento in favore dei soggetti convenzionati relativo alle prestazioni ricevute. In questo caso l'importo sarà totalmente a carico dell'Assistito.

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.

Per ottenere il rimborso è necessario produrre:

- Il ticket accompagnato da prescrizione;
- Documento ufficiale da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite e dei denti su cui si è intervenuti;
- Reciproca ha il diritto di chiedere eventuali rx, OPT e simili che se non dovessero essere fornite precluderanno la possibilità di ottenere il rimborso.

6.5 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 € 1.000,00 all'anno per Assistito.

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 fino ad un massimo di € 500,00 all'anno per Assistito.

Per attivare la garanzia è necessario trasmettere:

- Certificato di Pronto Soccorso da cui si evincano i lavori da effettuare;
- Preventivo del dentista da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni da eseguire e dei denti su cui intervenire;

- Reciproca ha il diritto di chiedere eventuali rx, OPT e simili che se non dovessero essere fornite precluderanno la possibilità di ottenere l'autorizzazione.

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 fino ad un massimo di € 500,00 all'anno per Assistito.

Per ottenere il rimborso è necessario produrre:

- Certificato di Pronto Soccorso da cui si evincano i lavori da effettuare;
- Il ticket accompagnato da prescrizione;
- Documento ufficiale da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite e dei denti su cui si è intervenuti;
- Reciproca ha il diritto di chiedere eventuali rx, OPT e simili che se non dovessero essere fornite precluderanno la possibilità di ottenere il rimborso.

6.6 TICKET ODONTOIATRICI

Per le prestazioni odontoiatriche non previste ai punti precedenti (6.1-6.2-6.3-6.4-6.5) è previsto un rimborso integrale dei ticket fino ad un massimo annuo pari ad € 100,00 per Assistito.

Per ottenere il rimborso è necessario produrre:

- Il ticket accompagnato da prescrizione;
- Documento ufficiale da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite e/o dei denti su cui si è intervenuti;
- Reciproca ha il diritto di chiedere eventuali rx, OPT e simili che se non dovessero essere fornite precluderanno la possibilità di ottenere il rimborso.

7. LENTI

Reciproca provvede al pagamento delle spese sostenute per l'acquisto di lenti (comprese le lenti a contatto) per difetti visivi sia da vicino che da lontano senza alcuna limitazione sulla patologia riscontrata dall'oculista.

Il rimborso viene concesso ogni 2 anni solo in caso di cambio visus, su una singola fattura per lenti. Una nuova richiesta di rimborso potrà essere presentata solo al termine di questo periodo.

Il massimale è di € 50,00.

Il contributo viene erogato una sola volta nei limiti di € 50,00, a fronte di un corrispettivo speso dall'Assistito e documentato con fattura per l'acquisto di lenti (comprese lenti a contatto).

L'acquisto della montatura non sarà ammesso a rimborso.

In nessun caso il massimale potrà essere raggiunto sommando più richieste nel corso dei 24 mesi.

Il rimborso potrà essere concesso prima che siano trascorsi 2 anni dalla data dell'ultima fattura liquidata, solo nel caso in cui l'oculista certifichi una variazione di almeno 1,5 diottrie sferiche o cilindriche su un singolo occhio, per qualsiasi tipo di patologia.

In tal caso Reciproca concederà il rimborso sempre che siano trascorsi almeno 12 mesi dall'ultima fattura liquidata.

In nessun caso potrà essere considerato sufficiente il raggiungimento della variazione di 1.5 diottrie sommando i valori sferici e cilindrici del singolo occhio o sommando le variazioni tra occhio destro e sinistro.

Non saranno ammesse a rimborso lenti per finalità estetiche.

Per ottenere il rimborso devono essere presentati i seguenti documenti:

- Copia della prescrizione dell'oculista attestante le diottrie sferiche e/o cilindriche mancanti, con data antecedente l'acquisto non superiore a 6 mesi. Saranno accettate esclusivamente prescrizioni di medici oculisti;
- Copia della fattura attestante l'acquisto del presidio.

8. CICLO DI TERAPIE RIABILITATIVE E CONSERVATIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO

Assistenza per i trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio accertato dal Pronto Soccorso, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico curante (MMG) o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico- sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la presenza di un certificato di Pronto Soccorso e la prescrizione del medico curante (MMG) o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata che attesti la patologia e il ciclo di cure da effettuare specificando il numero di sedute.

Le prestazioni fisioterapiche e riabilitative a seguito di infortunio possono essere riconosciute entro un massimo di 12 mesi dal verificarsi dell'infortunio accertato dal Pronto Soccorso.

Non possono essere riconosciute per patologie croniche o cronicizzate.

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 € 35,00 per ciclo. Tale importo dovrà essere versato dall'Assistito alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Assistito dovrà presentare alla struttura la prescrizione del medico curante (MMG) o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata che attesti la patologia e il ciclo di cure da effettuare specificando il numero di sedute.

Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate:

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni ciclo. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assistito alleggi alla fattura il certificato di Pronto Soccorso e la prescrizione del medico curante (MMG) o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata che attesti la patologia e il ciclo di cure da effettuare specificando il numero di sedute.

Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale:

Sono rimborsati integralmente i ticket sanitari.

Per il rimborso è necessario che l'Assistito alleggi alla copia del ticket il certificato di Pronto Soccorso e la prescrizione del medico curante (MMG) o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla

patologia denunciata che attesti la patologia e il ciclo di cure da effettuare specificando il numero di sedute.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 450,00 per Assistito.

9. PACCHETTI PREVENZIONE

Intendendo operare con finalità di prevenzione per un'ulteriore tutela della salute, Reciproca garantisce la possibilità di beneficiare di un pacchetto prevenzione per anno associativo e per Assistito tra quelli di seguito previsti:

- Prevenzione Donna under 40: visita ginecologica + pap test + ecografia transvaginale
- Prevenzione Donna over 40: visita ginecologica + pap test + ecografia transvaginale + ecografia mammaria
- Prevenzione Uomo under 40: visita urologica + PSA
- Prevenzione Uomo over 40: visita urologica + PSA + ecografia addome completo
- Prevenzione cardiologica: visita cardiologica + ECG
- Prevenzione dermatologica: visita dermatologica + esame epiluminescenza

Per la fruizione del pacchetto prevenzione non è necessaria la prescrizione del medico curante (MMG) o di uno specialista. Il pacchetto prevenzione deve essere effettuato in un'unica soluzione ovvero nella stessa seduta.

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

Le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente ed integralmente alle strutture.

Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate:

Non è previsto alcun rimborso.

Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale:

Non è previsto alcun rimborso.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di un solo pacchetto prevenzione all'anno per Assistito.

10. CARE MANAGER

La prestazione Care Manager viene erogata da parte di Fiber S.c.ar.l. (a marchio *Welfare ComeTe*).

Questa prestazione permette di accedere a servizi di consulenza da parte di personale qualificato, denominato Care Manager.

Sulla base delle informazioni fornite, il Care Manager di *Welfare ComeTe* eroga un servizio di orientamento e consulenza rispetto alle seguenti aree di intervento:

- Ascolto e presa-in-carico globale della persona in difficoltà;
- Supporto educativo;
- Supporto per minori con Bisogni Educativi Speciali (BES) con il coinvolgimento di professionisti del settore (psicologi clinici, logopedisti, educatori professionali, ecc.);
- Supporto alla genitorialità (counselling pedagogico per affrontare le fasi della crescita dei figli);
- Supporto e orientamento nella ricerca di servizi residenziali e semiresidenziali per minori, anche con disabilità;

- Supporto nella ricerca e selezione di babysitter (collegamento con servizi territoriali e/o agenzie specializzate);
- Supporto, per il dipendente stesso o un familiare in situazione di non-autosufficienza (anche temporanea), con attivazione di servizi di assistenza a domicilio con personale qualificato;
- Supporto di orientamento verso le strutture di cura come Rsa o centri diurni per l'accoglienza temporanea o permanente in base al bisogno specifico;
- Supporto nella ricerca e selezione di badanti (collegamento con servizi territoriali e/o agenzie specializzate);
- Supporto in ambito normativo e burocratico;
- Amministrazione di Sostegno;
- Violenza di genere.

Sulla base delle attività svolte dal Care Manager il beneficiario può ricevere un progetto di prestazioni assistenziali e sanitarie, che saranno oggetto di specifico accompagnamento da parte del Care Manager, il quale si occupa altresì di apportare gli eventuali cambiamenti ove ritenuti necessari.

La prestazione svolta dal Care Manager rientra nell'ambito delle prestazioni previste dal Piano Sanitario, mentre le prestazioni all'interno del progetto potrebbero non essere incluse nelle prestazioni del Piano Sanitario e pertanto saranno a carico del destinatario. Questo servizio non aumenta le tipologie di prestazioni erogate ad eccezione di quella del Care Manager.

DESTINATARI

In deroga a quanto previsto dal Piano Sanitario, la prestazione del Care Manager è destinata esclusivamente al Socio della Mutua titolare della copertura e ai suoi familiari. Per familiari si intende: marito, moglie, convivente more uxorio, figli fiscalmente a carico e ascendenti in linea diretta (ossia i genitori). Nessuna prestazione potrà essere erogata a soggetti diversi da quelli indicati. In caso di violazione Reciproca si riserva di addebitare i costi sostenuti per le prestazioni offerte a soggetti non rientranti tra i destinatari previsti, salvo il maggior danno.

ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

La prestazione può essere attivata contattando Reciproca, la quale procederà alla comunicazione delle informazioni anagrafiche del richiedente autorizzato a *Welfare ComeTe*. Le prestazioni saranno eseguite dal personale *Welfare ComeTe*.

LIMITAZIONI

I destinatari possono attivare la prestazione una volta per anno solare per componente del nucleo familiare. Non saranno attivate eventuali prestazioni aggiuntive nell'arco dell'anno solare.

Sono fatte salve le eventuali prestazioni di correzione e modifica che non costituiscono la creazione di un nuovo progetto.

Le prestazioni sono erogate direttamente da *Welfare ComeTe*, pertanto, nessuna garanzia sarà prestata da Reciproca rispetto ai contenuti della prestazione offerta. Responsabile della prestazione erogata è quindi *Welfare ComeTe*.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai fini delle prestazioni offerte dal Care Manager, *Welfare ComeTe* è da considerarsi autonomo titolare del trattamento. Reciproca, nell'ambito dell'esecuzione del Piano Sanitario, su richiesta del Destinatario (interessato), comunica a *Welfare ComeTe* i dati essenziali per attivare la prestazione.

In nessun caso Reciproca riceverà il contenuto del Progetto proposto dal Care Manager in forma individualizzata. Reciproca potrà ricevere i dati di effettiva attivazione della prestazione Care Manager (cioè se la prestazione è stata o meno erogata), al fine di comprendere l'utilizzo della prestazione offerta.

11. PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE ASSISTENZIALI: OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI UN RICOVERO O INFORTUNIO ACCERTATO DA PRONTO SOCCORSO

Rimborso per servizi di assistenza domiciliare, infermieristica e riabilitativa tendente al recupero della funzionalità dell'Assistito, fino ad un massimo di 60 giorni successivi alla data di dimissioni. Per usufruire della prestazione l'Assistito deve inviare le disposizioni contenute nel foglio di dimissioni o di certificato di pronto soccorso accompagnato dal certificato del medico specialista o del medico curante (MMG) che attesti la temporanea inabilità.

Le prestazioni mediche soggette a rimborso sono:

- Assistenza medica domiciliare;
- Assistenza medica infermieristica domiciliare;
- Assistenza riabilitativa domiciliare tendente al recupero delle funzionalità.

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

Le spese vengono riconosciute lasciando una quota a carico dell'Assistito pari al 30%. Per usufruire della prestazione l'Assistito deve inviare le disposizioni contenute nel foglio di dimissioni o di certificato di pronto soccorso accompagnato dal certificato del medico specialista o del medico curante (MMG) che attesti la temporanea inabilità.

Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate:

Le spese vengono rimborsate nella misura del 55%. Per ottenere il rimborso l'Assistito dovrà inviare le disposizioni contenute nel foglio di dimissioni o di certificato di pronto soccorso accompagnato dal certificato del medico specialista o del medico curante (MMG) che attesti la temporanea inabilità.

Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale:

Sono rimborsati integralmente i ticket sanitari.

Per il rimborso è necessario che l'Assistito allegghi le disposizioni contenute nel foglio di dimissioni o di certificato di pronto soccorso accompagnato dal certificato del medico specialista o del medico curante (MMG) che attesti la temporanea inabilità.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di €5.000,00 per Assistito.

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

- Visite odontoiatriche ed ortodontiche ad esclusione di quanto previsto al punto 6. prestazioni di assistenza odontoiatrica, visite psichiatriche e psicologiche, 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 ad esclusione di quanto previsto ai punti 2. alta diagnostica, 3. visite specialistiche, 4. Ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso e 5. maternità e gravidanza.

13. ESTENSIONE TERRITORIALE

Le prestazioni valgono per i territori nazionali ed internazionali.

14. ISCRIZIONE

Per ottenere la copertura è necessaria l'iscrizione a Reciproca degli aderenti al piano con una quota associativa di € 1,00 una tantum.

15. CONTRIBUTI ASSOCIATIVI SANITARI ANNUI

- a) Per il titolare € 120,00 in un'unica soluzione
- b) Per il coniuge o convivente "more uxorio" € 120,00 in un'unica soluzione
- c) Per il figlio/i € 100,00/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.

16. 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.

17. STRUTTURE CONVENZIONATE

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

- RECIPROCA S.M.S-ETS;
- Consorzio Mu.Sa.

18. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE

Le prestazioni offerte all'Assistito presso le strutture convenzionate sono soggette a tariffe agevolate.

Per le prestazioni che non sono comprese nel Piano Sanitario è possibile ottenere tariffe agevolate presso le strutture convenzionate, fermo restando che tali prestazioni e tariffe dovranno rientrare nell'ambito della convenzione con la struttura.

19. SERVIZI DI CONSULENZA

I servizi di consulenza vengono forniti da Reciproca tramite e-mail all'indirizzo: segreteria@reciprocasmis.it o telefonando al numero 055285961 dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00.

Per avere maggiori informazioni su come ottenere le prestazioni previste dal piano devi consultare il Regolamento al seguente link <https://www.reciprocasm.it/pdf/regolamento.pdf> e le procedure guida consultabili sull'app o in area riservata.