



# PIANO SANITARIO INTEGRATIVO

## Aggiornamento anno 2024



SCARICA LA TUA TESSERA ASSOCIATIVA IN FORMATO DIGITALE  
SCANSIONANDO IL QR CODE



**RIMBORSO PRESTAZIONE SSN ( TICKET )**  
**PRESTAZIONI PRIVATE IN LIBERA SCELTA / RETE CONVENZIONATA**  
(per titolare dipendente e nucleo familiare se regolarmente iscritto )

**SONO ESCLUSE DAI SUSSIDI LE SEGUENTI PRESTAZIONI**

- Medicina legale, Medicina dello sport, Medicina del lavoro, Medicina estetica
- Visite per rilascio brevetti e abilitazioni di qualsiasi tipo e genere, visite per rilascio di patenti di qualsiasi tipo e genere
- Agopuntura – Chiropratica - Cure termali - Iridologia – Omeopatia - Podologia

Quant'altro non riconosciuto dalla medicina ufficiale e non specificatamente dettagliato nel presente piano sanitario

**SONO INOLTRE ESCLUSI : spese per acquisto di farmaci e vaccini di qualsiasi tipo e genere**

**1 AREA SPECIALISTICA (Visite Specialistiche)**

**1.1 VISITE SPECIALISTICHE IN REGIME PUBBLICO (TICKET)**

La Mutua riconosce **un rimborso pari al 100% del ticket** per ciascuna visita specialistica presso il Servizio sanitario nazionale o presso strutture sanitarie operanti in accreditamento con SSN.  
Al documento fiscale dovrà essere allegata l'impegnativa del medico curante

**1.2 PRESTAZIONI SPECIALISTICHE IN REGIME PRIVATO**

**1.2.A PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PRIVATE IN LIBERA SCELTA ( ESEGUITE DA MEDICO-CHIRURGO CON SPECIALIZZAZIONE )**

La Mutua riconosce il rimborso della spesa sostenuta per prestazioni specialistiche eseguite da medici specializzati. E' prevista l'applicazione di una **FRANCHIGIA MINIMA DI € 30,00, CAD VISITA SPECIALISTICA**, presso strutture sanitarie private o in libera professione intramurale.

**IL MASSIMO RIMBORSABILE PER CIASCUNA PRESTAZIONE NON POTRÀ SUPERARE € 100,00.**

Al documento fiscale dovrà essere allegata impegnativa medica.

**1.2.A.1 - VISITE MEDICHE ESEGUITE DA PROFESSIONISTI DELLA TERAPIA PSICOLOGICA / CONSULENZA NUTRIZIONISTICA/DIETOLOGICA / OSTEOPATIA**

**TERAPIE/CONSULTI PSICOLOGICI** : E' riconosciuto il rimborso di n. 4 sedute /anno entro un massimo di Euro 35.00 cad.seduta privata

**CONSULTO NUTRIZIONISTA/DIETOLOGICO** : E' riconosciuto il rimborso fino a n. 4 sedute / anno entro un massimo di Euro 35.00 cad. visita/consulto privato

**OSTEOPATIA** : E' riconosciuto il rimborso di n. 4 sedute /anno entro un massimo di Euro 35.00 cad.seduta privata

**Al documento fiscale dovrà essere allegato l'impegnativa del medico curante che prescrive la seduta/consulto**

### 1.2.B) VISITE SPECIALISTICHE PRIVATE IN ASSISTENZA DIRETTA C/O STRUTTURE CONVENZIONATE MSN CON ACCREDITO DIRETTO

Il richiedente previa richiesta di autorizzazione\* pagherà alla **struttura LA SOLO FRANCHIGIA DI EURO 20,00 PREVISTA PER LE VISITE SPECIALISTICHE**. L'importo residuo verrà liquidato da Mutua direttamente alla struttura convenzionata

#### **MODALITÀ DI UTILIZZO DELLA GARANZIA**

Il richiedente potrà visionare/ricercare le strutture mediche aderenti alla forma di convenzione diretta previa registrazione personale nell'AREA RIMBORSI presente su [www.mutuanuovasanita.it](http://www.mutuanuovasanita.it) nella sezione **PRESTAZIONI DIRETTE - CERCA UNA STRUTTURA CONVENZIONE PER LE PRESTAZIONI IN FORMA DIRETTA**

#### **PROCEDURA PER RICHIEDERE L'AUTORIZZAZIONE \* :**

1. Contattare autonomamente il centro per fissare la data dell'appuntamento non prima di 2/3 giorni\* ( salvo caso d'urgenza) comunicando preventivamente di essere socio MUTUA NUOVA SANITA' e di voler accedere alla forma diretta
2. Collegarsi sul sito [www.mutuanuovasanita.it](http://www.mutuanuovasanita.it) ad AREA RIMBORSI - accedendo alla sezione "PRESTAZIONI DIRETTE" - RICHIEDI AUTORIZZAZIONE AD UNA PRESTAZIONE DIRETTA seguendo la procedura guidata : selezione anagrafica – struttura – specializzazione - indicazione DATA DELL'APPUNTAMENTO precedentemente preso - caricamento copia della prescrizione **documento obbligatorio ai fini dell'autorizzazione della prestazione di**
3. Mutua Nuova Sanità entro massimo entro 2 gg.\* ( tempistiche ridotte in casi d'urgenza previo contatto telefonica ) verificata la corretta procedura di richiesta presa in carico invierà sia al richiedente che alla struttura medica la mail di autorizzazione della presa in carico con allegato un **VOUCHER** con evidenza della franchigia che il richiedente dovrà pagare alla struttura

Il massimale assicurato è pari a € 800,00 all'anno per iscritto di cui €. 500,00 per prestazioni in regime pubblico (ticket) e €. 300,00 per prestazioni private di cui al punto 1.2

3

## 2 AREA ALTA SPECIALIZZAZIONE (diagnostica radiologica-accertamenti diagnostici-terapie)

### 2.1 ALTA SPECIALIZZAZIONE IN REGIME PUBBLICO (TICKET)

La Mutua riconosce **un rimborso pari al 100% del ticket** per ciascuna prestazioni di alta specializzazione diagnostica radiologica e per accertamenti diagnostici eseguiti presso strutture del servizio sanitario nazionale o presso strutture sanitarie in accreditamento con il SSN.

Al documento fiscale dovrà essere allegata l'impegnativa del medico.

### 2.2 ALTA SPECIALIZZAZIONE IN REGIME PRIVATO

#### 2.2.A - PRESTAZIONI DI ALTA DIAGNOSTICA ED ACCERTAMENTI IN LIBERA SCELTA

La Mutua riconosce il rimborso per la spesa sostenuta, con l'applicazione di **UNA FRANCHIGIA MINIMA DI € 40,00** per ciascuna prestazione come da elenco allegato, presso strutture sanitarie private o in libera professione intramurale. **IL MASSIMO RIMBORSABILE PER CIASCUNA PRESTAZIONE IN RETE PRIVATA NON POTRÀ SUPERARE € 150,00**. In Al documento fiscale dovrà essere allegata l'impegnativa del medico.

#### 2.2.b) Prestazioni di alta diagnostica ed accertamenti privati in assistenza diretta tramite accesso ai centri medici che aderiscono alla convenzione con accredito diretto

Il richiedente previa richiesta di autorizzazione\* pagherà alla struttura **LA SOLO FRANCHIGIA DI EURO 30,00 PREVISTA PER GLI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**. L'importo residuo verrà liquidato da Mutua direttamente alla struttura convenzionata

#### **MODALITÀ DI UTILIZZO DELLA GARANZIA**

Il richiedente potrà visionare/ricercare le strutture mediche aderenti alla forma di convenzione diretta previa registrazione personale nell'AREA RIMBORSI presente su [www.mutuanuovasanita.it](http://www.mutuanuovasanita.it) nella sezione **PRESTAZIONI DIRETTE - CERCA UNA STRUTTURA CONVENZIONE PER LE PRESTAZIONI IN FORMA DIRETTA**

#### **PROCEDURA PER RICHIEDERE L'AUTORIZZAZIONE \* :**

1. **Contattare autonomamente il centro per fissare la data dell'appuntamento non prima di 2/3 giorni\* ( salvo caso d'urgenza) comunicando preventivamente di essere socio MUTUA NUOVA SANITA' e di voler accedere alla forma diretta**
2. **Collegarsi sul sito [www.mutuanuovasanita.it](http://www.mutuanuovasanita.it) ad AREA RIMBORSI - accedendo alla sezione "PRESTAZIONI DIRETTE" - RICHIEDI AUTORIZZAZIONE AD UNA PRESTAZIONE DIRETTA seguendo la procedura guidata : selezione anagrafica – struttura – specializzazione - indicazione DATA DELL'APPUNTAMENTO precedentemente preso - caricamento copia della prescrizione documento obbligatorio ai fini dell'autorizzazione della prestazione di**
3. **Mutua Nuova Sanità entro massimo entro 2 gg.\* ( tempistiche ridotte in casi d'urgenza previo contatto telefonica ) verificata la corretta procedura di richiesta presa in carico invierà sia al richiedente che alla struttura medica la mail di autorizzazione della presa in carico con allegato un VOUCHER con evidenza della franchigia che il richiedente dovrà pagare alla struttura**

#### **TERAPIE (rimborsabili solo se eseguite tramite il S.S.N – modalità di cui al punto 2.1)**

- Cobaltoterapia
- Dialisi

**Il massimale assicurato è pari a € 3.000,00 all'anno per iscritto con sotto massimale di €. 550,00 per prestazioni private di cui al punto 2.2**  
Qualora la copertura **venga estesa a tutto il nucleo familiare convivente** il massimale **resta invariato senza sotto massimali per iscritto.**

4

#### **CICLI DI RADIO/CHEMIOTERAPIA**

La Mutua riconosce per le cure di radioterapia o di chemioterapia, effettuate anche tramite il Servizio sanitario nazionale, **un sussidio di € 20,00 per ogni giorno di trattamento.**

**Il massimale assicurato è pari €. 1.000,00 all'anno per iscritto.**

Qualora la copertura **venga estesa a tutto il nucleo familiare convivente** il massimale **resta invariato senza sotto massimali per iscritto.**

#### **3 ESAMI DI LABORATORIO ( ANALISI CHIMICO-CLINICHE)**

La Mutua riconosce il :

- Rimborso **INTEGRALE per ciascun documento di spesa** per esami di laboratorio ( analisi chimico-cliniche) eseguiti sia **PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE**
- **Rimborso pari al 50% del documento di spese per esami di laboratorio eseguiti PRESSO STRUTTURE PRIVATE**

**Il massimale assicurato per i ticket degli esami di laboratorio è di € 180,00 all'anno per iscritto**

#### **4 TUTELA MATERNITA'**

**Rimborso Esami di laboratorio** in gravidanza :

- Rimborso **INTEGRALE per ciascun documento di spesa** per esami di laboratorio ( analisi chimico-cliniche) eseguiti sia **PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE**
- **Rimborso pari al 50% del documento di spese per esami di laboratorio eseguiti PRESSO STRUTTURE PRIVATE**

**Rientra tra il massimale di cui al precedente punto 3**

- **Rimborso ECOGRAFIE eseguite in strutture pubbliche o strutture private accreditate con il SSN** che prevedono il pagamento di un ticket sanitario

**Il massimale annuo assicurato per le sole ecografie in ticket è pari a € 500,00 all'anno per iscritto**

#### **4.1 SUSSIDIO ACQUISTO LATTE MATERNO**

L'Assistita, limitatamente al primo anno di vita del proprio figlio/a, nel caso in cui sostenga spese per l'acquisto del latte non materno, viene corrisposto un sussidio pari all'80% delle spese sostenute **entro il massimale annuo pari a Euro 250,00 per un anno ovvero nei 365 giorni successivi la data del parto.**

Per accedere al rimborso l'assistita dovrà far avere alla Mutua tutta la documentazione medico sanitaria che attesti la necessità di accedere a tali acquisti, dalle fatture / scontrini quietanzati da cui si evinca con specifica distinta la voce corrispondente al bene acquistato ed il relativo costo.

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

5

#### **5 PRONTO SOCCORSO**

La Mutua riconosce **un rimborso pari al 100% del ticket** per le prestazioni di pronto soccorso.

Oltre al documento di spesa dovrà essere inviata anche la scheda di triage rilasciata dal PS.

**Il massimale assicurato è pari a €. 180,00 all'anno per iscritto.**

#### **6 TICKET PER INTERVENTI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE**

E' previsto il rimborso di interventi di chirurgia ambulatoriale che prevedono il pagamento di un ticket sanitario quali: intervento di cataratta, liberazione tunnel carpale, intervento dito a martello, interventi ambulatoriali di artroscopia, interventi di ernia inguinale, calcoli renali, etc.

Al documento fiscale dovrà essere allegata l'impegnativa del medico.

**Il massimale assicurato è pari a € 180,00 all'anno per iscritto.**

#### **7 INDENNITA' GIORNALIERA DI RICOVERO**

In caso di ricovero ospedaliero con intervento chirurgico avvenuto esclusivamente presso ospedali pubblici o in cliniche private accreditate con il SSN viene riconosciuta un'indennità giornaliera. L'indennità è erogata esclusivamente per il ricovero intervenuto in relazione a malattie per le quali il trattamento terapeutico è possibile

esclusivamente previa degenza ospedaliera temporanea, continuata, diurna e notturna per almeno 2 notti continuative computando il primo e l'ultimo giorno di ricovero come un solo giorno

L'indennità è riconosciuta:

-dalla 1° alla 10° notte per Euro 20,00/giorno

-dalla 11° al 20° notte per Euro 30,00/giorno

**Per accedere al sussidio deve fare avere alla Mutua copia della lettera di dimissioni dalla struttura ospedaliera dalla quale si evinca: data d'ingresso - data di dimissioni - motivo del ricovero**

#### **8 PACCHETTO ODONTOIATRIA – ESTESO GRATUITAMENTE AL NUCLEO FAMILIARE\* DEL LAVORATORE REGOLAMENTO DEI SERVIZI ODONTOIATRICI BLUE ASSISTANCE SUI TERRITORI**

Accesso al complesso delle strutture odontoiatriche e dei medici odontoiatri che hanno stipulato con BLUE ASSISTANCE una convenzione sulla base della quale si sono impegnati a garantire al Titolare, e suo nucleo familiare\*, oltre ad una qualità certificata, l'applicazione del nomenclatore tariffario di BLUE ASSISTANCE. La convenzione consente di effettuare prestazioni odontoiatriche di base (visita iniziale ed igiene dentale) ad un costo forfettario convenuto e unico sul territorio nazionale, oltre ad importanti agevolazioni per tutte le altre prestazioni odontoiatriche (odontoiatria conservativa ed implantologia) Il servizio è rivolto al titolare dipendente/socio regolarmente iscritto a MUTUA NUOVA SANITÀ' ed è esteso gratuitamente al suo nucleo familiare\* composto dal coniuge, o dal convivente more uxorio, e dai figli conviventi, come risultante dal certificato anagrafico di Stato di famiglia.

##### **8.1 - PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DI BASE a tariffe agevolate:**

**ABLAZIONE TARTARO con eventuale visita di controllo: utilizzo del NETWORK BLUE ASSISTANCE**

Costo massimo della prestazione €. 35.00 a carico del socio titolare della copertura. Prestazione fruibile più volte l'anno. La stessa agevolazione viene riconosciuta ai familiari del titolare

**Almeno due volte all'anno (aprile-maggio / ottobre-novembre) vengono organizzate CAMPAGNE DI PREVENZIONE ODONTOIATRICA che consentono al socio ed al suo nucleo familiare di eseguire gratuitamente ( o con successivo rimborso) l'ablazione del tartaro presso le strutture convenzione Blue Assistance su tutto il territorio nazionale**

6

##### **8.2 - PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI A TARIFFE AGEVOLATE**

L'attivazione del servizio (tramite inserimento PIN assegnato) nel sito [www.mynet.blue](http://www.mynet.blue) (rete BLUE ASSISTANCE) consente l'accesso ad un nomenclatore unico sul territorio nazionale per CURE ODONTOIATRICHE COMPLESSE ed IMPLANTOLOGIA. I costi delle prestazioni a tariffe agevolate restano a carico dell'utilizzatore.

#### **ACCESSO ALLE PRESTAZIONI – MODALITA' PER FRUIRE DEL SERVIZIO ODONTOIATRICO BLUE ASSISTANCE**

- 1 E' necessario un Codice PIN:** fornito al Titolare all'atto dell'adesione o da richiedere telefonicamente al numero 0522.325110 (ore 9.00-14.30)
- 2 Login tramite inserimento del Codice PIN precedentemente richiesto a MNS **nel sito Internet Dedicato:** è il sito [www.mynet.blue](http://www.mynet.blue)
- 3 Compilazione del form che comparirà sulla pagina web;
- 4 Stampa del form compilato e presentazione dello stesso alla/al struttura odontoiatrica/medico odontoiatra scelto durante la compilazione.

#### **MODALITA' DI PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE**

I corrispettivi forfettari delle Prestazioni Odontoiatriche saranno a carico del fruitore del Servizio salvo per le prestazioni gratuite garantite durante la campagna di prevenzione

**8.3 - PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI A RIMBORSO – PER TITOLARE DIPENDENTE E/O FAMILIARE SE REGOLARMENTE ISCRITTO ALLA MUTUA**

8.3.a - PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE ESEGUITE PRESSO LE STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA RETE BLUE ASSISTANCE (VISIBILI SUL SITO WWW.MYNET.BLUE) O CON MUTUA NUOVA SANITÀ (VISIBILI NELL'AREA RISERVATA WWW.MUTUANUOVASANITA.IT)

- **CURE ODONTOIATRICHE CONSERVATIVE (otturazione, cura canalare, parodontologia):**

**Massimale annuo cure odontoiatriche conservative Euro 200,00**

- **PER AVULSIONE (estrazione semplice o chirurgica)**

Per estrazione semplice viene riconosciuto un rimborso pari ad Euro 50,00

Per estrazione chirurgica viene riconosciuto un rimborso pari ad Euro 100,00

**Massimale annuo per avulsioni euro 100,00**

**8.3.b - PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE ESEGUITE FUORI RETE CONVENZIONATA ( LIBERA SCELTA) CURE ODONTOIATRICHE CONSERVATIVE (otturazione, cura canalare, parodontologia):**

**Previsto rimborso scoperto del 40% - massimo rimborsabile Euro 150,00**

Esempio

Cura canale Euro 150,00 + otturazione Euro 80,00 - Totale Euro 230,00 tolto scoperto del 40% ( Euro 92,00)= importo rimborsato Euro 138,00

- **PER AVULSIONE (estrazione semplice o chirurgica)**

**Per estrazione semplice : previsto scoperto del 40% con massimo rimborsabile Euro 30,00**

**Per estrazione complessa : previsto scoperto del 40% con massimo rimborsabile Euro 50,00**

Esempio

Avulsione complessa Euro 90,00 tolto scoperto del 40% = restano Euro 54,00, importo massimo rimborsato Euro 50,00

**Documentazione necessaria : Sia per cure odontoiatriche conservative - otturazioni e cure canalari – che per le avulsioni è necessario che sulla fattura sia indicato in modo chiaro ed esplicito la tipologia di prestazione eseguita (non genericamente cure odontoiatriche). Ai fini del rimborso unitamente a regolare fattura e necessario presentare copia del pagamento tracciabile (scontrino pagobancomat – carta di credito -bonifico – copia assegno bancario)**

**9 - CICLI DI TERAPIE RIABILITATIVE/CONSERVATIVE**

**9.1 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 pari al 100% del ticket pagato così come di seguito specificato

- I cicli di terapia devono essere effettuati entro 180 giorni dall'infortunio
- **Il sussidio viene corrisposto fino ad un massimo di Euro 250.00/anno e comunque nel limite annuale di 1 ciclo (10 sedute)**

**Sono incluse le prestazioni di seguito indicate effettuate esclusivamente per fini riabilitativi:**

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

Unitamente al giustificativo di spesa quietanzata dovrà essere allegato:

- Certificato di Pronto Soccorso che attesti l'infortunio occorso
- Copia della prescrizione medica rilasciata dal medico curante (MMG - o medico 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**

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

La Mutua si riserva la facoltà di richiedere ogni altra documentazione clinica utile per procedere al rimborso

#### **9.2 - TERAPIE CONSERVATIVE**

All'iscritto nel caso in cui necessiti di cicli di cure riabilitative conservative per il recupero e rieducazione funzionale dell'apparato locomotore a seguito di malattia con o senza ricovero ospedaliero è riconosciuto un sussidio esclusivamente per le prestazioni eseguite e di seguito elencate pari al 100% del contributo richiesto dal SSN (TICKET)

8

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

Il sussidio per cure riabilitative per recupero e rieducazione funzionale dell'apparato locomotore (nei due componenti: uno attivo (il sistema muscolare) e uno passivo (il sistema scheletrico)) è concesso a fronte dell'invio di:

- Certificazione medica rilasciata dal Medico di Medicina Generale o dallo specialista (ortopedico e/o fisiatra) che attesti la necessità del ricorso a cicli di prestazioni riabilitative conservative per il recupero della normale attività lavorativa
- Copia della refertazione dell'accertamento diagnostico che attesti l'esistenza di tale patologia
- 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;**

**I cicli di terapie devono essere effettuati entro 180 giorni 180 giorni dal termine dell'evento che ha determinato la temporanea invalidità**



- **Il sussidio viene corrisposto fino ad un massimo di Euro 100.00/anno e comunque nel limite annuale di 1 ciclo (10 sedute)**

Tale massimale deve intendersi anche applicabile alla complessiva prestazione riabilitativa effettuata che si completi nell'arco del solo anno

### **9.3 – INTEGRAZIONE ASSISTENZA FISIOTERAPICA**

Oltre alle prestazioni eseguite tramite il SSN il piano prevede il rimborso di spese per prestazioni fisioterapiche eseguite privatamente, rese necessarie a seguito d'infortunio/malattia **che causi inabilità temporanea certificata non inferiore a 10gg.**

**Nella prescrizione medica rilasciata dal medico di base o medico specialista (la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata) deve essere indicato il tipo di trattamento fisioterapico necessario (non solo consigliato).**

Le terapie possono essere eseguite **PRIVATAMENTE IN LIBERA SCELTA** e vengono rimborsate **entro il massimale di €. 100,00/anno. Ai fini del rimborso unitamente a regolare fattura e necessario presentare copia del pagamento tracciabile (scontrino pagobancomat – carta di credito -bonifico – copia assegno bancario)**

\*\*\*\*\*

**I rimborsi verranno erogati nel rispetto delle tempistiche previste nel Fondo Sanitario**

### **10- PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE ASSISTENZIALI PER INABILITA' TEMPORANEA**

All'iscritto, nel caso in cui successivamente alla dimissione da un ricovero ospedaliero con/senza intervento chirurgico resesi necessario a seguito di malattia / infortunio sul lavoro o documentato dal Pronto Soccorso, da cui derivi una temporanea inidoneità, sono riconosciute al domicilio le prestazioni che seguono.

Per incapacità fisica temporanea si intende l'impossibilità di svolgere senza l'assistenza di una terza persona una delle seguenti attività ordinarie della vita quotidiana

- 1) Lavarsi (farsi il bagno – la doccia)
- 2) Vestirsi / Svestirsi
- 3) Usare i servizi igienici
- 4) Mobilità: capacità di muoversi da una stanza all'altra all'interno della residenza abituale o esternamente;
- 5) Nutrirsi: capacità di consumare cibo, bere e mangiare

Ai fini del sussidio si considerano conseguentemente prestazioni di assistenza domiciliare esclusivamente quelle atte a dare sollievo e cura della persona nel suo ambiente domestico anche legate ad un mantenimento dello stato di igiene.

**Rientrano esclusivamente le seguenti attività:**

- ✓ **Assistenza/vestizione, sollevamento da letto o poltrona, ricollocazione**
- ✓ **Cura del corpo con intervento igienico personale**
- ✓ **Fare la spesa ed eseguire inderogabili commissioni semplici (posta, banca e simili)**
- ✓ **Preparare e somministrare pasti**

La richiesta di rimborso dovrà essere accompagnata da:

- Documentazione fiscale quietanzata relativa alle prestazioni effettuate riportante il dettaglio delle voci e dei giorni in cui sono state rese
- Lettera di dimissione dal ricovero rilasciata dalla struttura sanitaria presso la quale è avvenuto il ricovero o certificato medico rilasciato dal Pronto Soccorso che attesti l'infortunio sul lavoro occorso
- Certificazione rilasciata dal medico curante che attesti che il richiedente il sussidio abbisogna di assistenza socio – assistenziale domiciliare per il periodo temporale indicato ovvero l'impossibilità della persona a svolgere autonomamente le attività di cui ai punti dall'1) al 5)

- Autocertificazione resa ai sensi dell'articolo 46, DPR 28.12.2000 N. 445 che attesti lo stato di famiglia del richiedente ovvero dalla quale risulti che lo stesso abiti da solo e non conviva con coniuge e/o con altro parente o persona che svolgano attività lavorativa
- Copia della presa in carica del soggetto da parte della RETE DELLE COOPERATIVE SOCIALI

A tale fine la Mutua si riserva di effettuare eventuali controlli medici per accertare le condizioni di accesso e di richiedere tutta la documentazione integrativa medica e fiscale necessaria per accertare la sussistenza della richiesta. La mancata adesione dell'iscritto a tali richieste e/o il mancato invio della documentazione integrativa nei termini assegnati determina la decadenza dal diritto al sussidio.

#### **DIRITTO AL SUSSIDIO E SUO IMPORTO:**

Nel caso in cui il socio usufruisca dei servizi sanitari domiciliari resi dalla rete convenzionata delle Cooperative sociali, viene riconosciuto un sussidio pari al:

- **50% del documento fiscale e comunque fino ad un massimo di Euro 500,00/anno**

Per accedere al rimborso l'assistito dovrà far avere alla Mutua il documento fiscale quietanzato entro 30 gg.

Al documento fiscale dovranno essere allegati i documenti di cui al paragrafo precedente.

I rimborsi verranno erogati entro 60gg.dalla presentazione di tutta la documentazione richiesta, direttamente sul conto corrente indicato nel modulo di richiesta rimborso

#### **ESCLUSIONI:**

Non sono erogabili prestazioni assistenziali domiciliari connesse a ricoveri ospedalieri intervenuti prima dell'iscrizione

#### **11 - PRESTAZIONI SOCIO ASSISTENZIALI**

Le prestazioni socio-assistenziali sono estese ai parenti in linea diretta del lavoratore iscritto ( genitori e/o figli) e sono caratterizzate da prestazioni di tipo assistenziale necessarie alle attività del "prendersi cura". Sono escluse le prestazioni di carattere prettamente sanitario.

In caso di necessità il lavoratore dovrà accedere, per servizi di consulenza e tutoraggio assistenziale, gratuitamente agli sportelli della rete delle cooperative sociali, previo contatto con il numero verde 800 65 75 85, ed avrà diritto alla presa in carico anche per la costruzione di un piano di assistenza personalizzato.

**Le prestazioni erogate a fronte del Piano di assistenza personalizzato saranno fruite con uno sconto del 5% sul listino di riferimento.**

#### **12 – PACCHETTI DI PREVENZIONE**

**12.1 ESAMI DI LABORATORIO A CARATTERE PREVENTIVO c/o Centro 3 C Salute in Reggio Emilia in forma gratuita**

**I LAVORATORI E LORO FAMILIARI SE REGOLARMENTE ISCRITTI AVRANNO LA FACOLTÀ DI ESEGUIRE UNA VOLTA / ANNO UN PACCHETTO DI ANALISI PREVENTIVE A SCELTA TRA QUELLI ELENCATI IN CALCE AL PRESENTE PARAGRAFO\*\*\*\* IN FORMA TOTALMENTE GRATUITA PRESSO IL CENTRO 3 C SALUTE IN REGGIO EMILIA**

**L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI AVVERRÀ PREVIA PRENOTAZIONE (ANCHE TELEFONICA) DA PARTE DELL'ASSISTITO ALLA SEGRETERIA DEL CENTRO MEDICO COMUNICANDO DI ESSERE SOCIO MNS LAVORATORE DELLA COOP.VA SOCIALE L'OVILE E INDICANDO IL PACCHETTO DI PREVENZIONE CHE INTENDE ESEGUIRE.**

**TRATTANDOSI DI PRESTAZIONI SANITARIE A CARATTERE PREVENTIVO NON SARÀ NECESSARIO PRESENTARE LA PRESCRIZIONE DEL MEDICO.**

**L'ASSISTITO PRIMA DI ESEGUIRE LA PRESTAZIONE DOVRÀ MOSTRARE AL CENTRO, ANCHE SU DISPOSITIVO MOBILE, LA TESSERA ASSOCIATIVA MNS RIPORTANTE IL LOGO DELLA COOP.VA E L'ANNO DI CONVALIDA.**

Il Centro Medico emetterà fattura a nome dell'assistito che esegue la prestazione ( a cui sarà consegnata copia) e sulla medesima dovrà essere riportato "Importo totalmente a carico di MNS" in quanto il costo sarà interamente sostenuto da Mutua nuova sanita' .

Il Centro medico farà pervenire a MNS copie delle fatture relative alle prestazioni preventive rese a favore degli assistiti lavoratori di Coop.va sociale L'Ovile con cadenza mensile e MNS provvederà al relativo pagamento.

**\*\*\*\*PACCHETTI DI ESAMI DI LABORATORIO A CARATTERE PREVENTIVO di cui al paragrafo 12.1**

**DONNA - MENOPAUSA**

**ESAMI SANGUE E URINE - PROFILO BASE**

PRELIEVO SANGUE VENOSO – EMOCROMO - ALT/GPT – AZOTEMIA – CREATININA - BILIBURINA TOT - AST/GOT --GAMMA GT – GLICEMIA – TRIGLICERIDI - COLESTEROLO TOT - COLESTEROLO LDL - ELETTROFORESI PR. SIERICHE - URINE BASE

**FOLLITROPINA (FSH)**

**LUTEOTROPINA (LH)**

**PROGESTERONE**

**ESTRADIOLO (E2)**

**Costo in convenzione Euro 86,00**

\*\*\*\*\*

**UOMO - ONCOLOGIA TOP**

**ESAMI SANGUE E URINE - PROFILO BASE**

PRELIEVO SANGUE VENOSO – EMOCROMO - ALT/GPT – AZOTEMIA – CREATININA - BILIBURINA TOT - AST/GOT --GAMMA GT – GLICEMIA – TRIGLICERIDI - COLESTEROLO TOT - COLESTEROLO LDL - ELETTROFORESI PR. SIERICHE - URINE BASE

**URICEMIA**

**PSA REFLEX (CON EVENTUALE PSA FREE)**

**TIREOTROPINA (TSH) REFLEX**

**RICERCA SANGUE OCCULTO FECALE**

**Costo in convenzione Euro 77,00**

\*\*\*\*\*

**CUORE PIU'**

**ESAMI SANGUE E URINE - PROFILO BASE**

PRELIEVO SANGUE VENOSO – EMOCROMO - ALT/GPT – AZOTEMIA – CREATININA - BILIBURINA TOT - AST/GOT --GAMMA GT – GLICEMIA – TRIGLICERIDI - COLESTEROLO TOT - COLESTEROLO LDL - ELETTROFORESI PR. SIERICHE - URINE BASE

**CREATINCHINASI (CPK o CK)**

**PROTEINA C REATTIVA**

**MICROALBUMINURIA**

**Costo in convenzione Euro 54,00**

\*\*\*\*\*

**12.2 - PACCHETTI DI PREVENZIONE SALUTE UOMO-DONNA**

Mutua mette a disposizione dei propri associati pacchetti di prevenzione comprendenti : Esami di laboratorio, prestazioni specialistiche e diagnostiche distinte per fasce d'età, accessibili tutto l'anno a tariffe calmierate e in periodi promozionali ( **almeno per 2 periodi / anno ( primavera – autunno )** ), in forma totalmente gratuita o tramite voucher con pagamento di una sola franchigia.

**Nell'home page [www.mutuanuovasanita.it](http://www.mutuanuovasanita.it) è presente una sezione dedicata alla PREVENZIONE ove è possibile visionare i diversi pacchetti disponibili e i centri aderenti suddivisi per regione**

**Per accedere e visionare i pacchetti disponibili c/o i centri aderenti l'iniziativa**

**occorre indicare la seguente password : convenzionimns**

## PRESTAZIONI SANITARIE A TARIFFE AGEVOLATE

(ESTESE GRATUITAMENTE AL NUCLEO FAMILIARE COMPRESI I GENITORI SE CONVIVENTI)

### CONVENZIONI SPECIALISTICHE ED OSPEDALIERE

Mutua Nuova Sanità è convenzionata con circa 700 Centri Medici pubblici e privati (circa 5.500 medici specialisti), operanti in diverse regioni in particolare del Centro Nord ove, presentando il tesserino con il bollino di convalida annuale, i soci, possono ottenere sulle prestazioni effettuate, la massima tempestività e sconti sulle prestazioni che oscillano tra il 5%-30%. L'elenco dei Centri Convenzionati e relativi tariffari è visibile sul sito internet [www.mutuanuovasanita.it](http://www.mutuanuovasanita.it) – con accesso all'area riservata con le seguenti credenziali

**Login: areamns – Password: convenzionimns**

\*\*\*\*\*

## PRESTAZIONI ASSISTENZIALI

**SERVIZI DI ASSISTENZA MEDICA ATTIVABILI TRAMITE CENTRALE OPERATIVA REALE MUTUA  
NUMERO DALL'ITALIA 800-776418 – DALL'ESTERO +39-011.4389198**

Estese al nucleo familiare dell'assistito – nucleo inteso come coniuge/convivente e figli conviventi da stato di famigliari anche se non iscritti

Ciascuna prestazione può essere richiesta fino ad un massimo di 3 volte per ciascun tipo ed anno assicurativo, ed opera presso la residenza o il domicilio abituale dell'Assicurato, in ITALIA, in Repubblica di San Marino ed in Città del Vaticano. **I servizi dei Consigli medici telefonici e del Video-consulto con un medico generico e con un pediatra" richiedibili anche dall'ESTERO.**

12

### PRESTAZIONI E SERVIZI

#### Consigli medici telefonici

La Centrale Operativa mette a disposizione il proprio servizio di consulenza medica per informazioni e consigli sui primi provvedimenti da adottare in caso di *infortunio* o *malattia*. **Non saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche.**

Il servizio opera 24 ore su 24 ore tutti i giorni dell'anno

#### Invio di un medico generico/pediatra o di un'ambulanza

Qualora l'Assicurato richieda una visita medica nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8, nei prefestivi dalle ore 14 alle ore 24 e nei festivi 24 ore su 24, la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, provvede ad inviare un medico.

Qualora nessuno dei medici convenzionati con la Centrale Operativa sia immediatamente disponibile, la stessa organizza, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il trasferimento di quest'ultimo in una struttura sanitaria mediante autoambulanza o altro veicolo adatto alla circostanza. **Oppure, in alternativa alla prestazione "Invio di un medico generico/pediatra o di un'ambulanza", qualora vi sia l'impossibilità di inviare fisicamente il medico/pediatra presso il domicilio dell'Assicurato, sarà possibile richiedere la prestazione indicata di seguito:**

#### Videoconsulto con un medico generico o con un pediatra

Qualora l'Assicurato, **successivamente alle dimissioni dalla struttura sanitaria**, necessiti di consultare un medico generico o un pediatra, la Centrale Operativa mette a disposizione il proprio **servizio di videoconsulenza** medica in lingua italiana, per informazioni e consigli sui primi provvedimenti da adottare, sui medicinali commercializzati in Italia, su composizione, equivalenza prodotti, posologia, eventuali controindicazioni e sul reperimento delle

farmacie di turno. **Non saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche. Il videoconsulto può essere richiesto dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 20.**

#### Trasporto in ambulanza

Qualora l'Assicurato necessiti di un trasporto in autoambulanza dalla *struttura sanitaria* in cui sia stato precedentemente ricoverato alla sua *residenza* e viceversa, la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, provvede all'invio.

**La prestazione opera fino ad una percorrenza massima di 1.000 km tra andata e ritorno.**

#### Consegna farmaci

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria *residenza*, a seguito di *infortunio* o *malattia*, **che comporti una permanenza a letto, certificata da prescrizione medica** - la *Centrale Operativa* **per un periodo massimo di 3 settimane successive all'evento**, provvede a garantire la consegna di farmaci non salvavita.

L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni **deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa** fornendo l'elenco dei farmaci da acquistare dietro prescrizione medica, **purché rientranti tra quelli regolarmente registrati in Italia**, nonché gli estremi per il recapito. **La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - una volta la settimana, previo accordo con l'Assicurato e tenendo conto delle norme che regolano il trasporto di medicinali.** L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla *Centrale Operativa*, tenendo il costo a carico di Reale Mutua.

**A carico dell'Assicurato resta il solo costo dei farmaci ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.**

#### Consegna spesa

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria *residenza*, a seguito di *infortunio* o *malattia*, **che comporti una permanenza a letto, certificata da prescrizione medica** - la *Centrale Operativa* provvede a garantire, **per un periodo massimo di 3 settimane successive all'evento**, la consegna di generi alimentari o di prima necessità. L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni **deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa** fornendo l'elenco degli articoli da acquistare, purché rientranti tra quelli comunemente reperibili nei supermercati, nonché gli estremi per il recapito.

**La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - fino a due volte la settimana, previo accordo con l'Assicurato.**

L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla *Centrale Operativa*, tenendo il costo a carico di Reale Mutua.

**A carico dell'Assicurato resta il solo costo dei generi alimentari o di prima necessità ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.**

#### Consegna documenti

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria *residenza*, a seguito di *infortunio* o *malattia*, **che comporti una permanenza a letto per almeno 3 giorni, certificata da prescrizione medica** - ed abbia la necessità di recapitare, spedire o ricevere certificati, ricevute di pagamento e documenti **che rivestano un oggettivo carattere di urgenza**, la *Centrale Operativa* **per un periodo di 3 settimane successive all'evento**, provvede a garantire la consegna dei documenti.

L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere la prestazione **deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa** fornendo l'elenco dei documenti ed indicando il luogo presso cui recapitarli o prenderli in consegna. La consegna potrà avvenire - **nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - una volta la settimana, previo accordo con l'Assicurato e tenendo conto degli orari d'apertura e chiusura degli uffici.**

L'erogazione della prestazione, comprensiva della consegna, è garantita dalla *Centrale Operativa*, tenendo il costo a carico di Reale Mutua.

#### Invio di un infermiere

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da una *struttura sanitaria* in cui sia stato **ricoverato a seguito di infortunio o malattia per un periodo non inferiore a 3 giorni** richieda, **in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione, assistenza infermieristica presso la propria residenza**, la *Centrale Operativa* provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, **tenendone il costo a carico di Reale Mutua fino alla concorrenza di € 300 per sinistro.**

#### Invio di un fisioterapista

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da una *struttura sanitaria* in cui sia stato ricoverato **a seguito di infortunio** richieda, **in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione, l'assistenza di un fisioterapista presso la propria residenza**, la *Centrale Operativa* provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, tenendone il costo a carico di Reale Mutua **fino alla concorrenza di € 500 per sinistro.**

#### Invio di una collaboratrice domestica

Qualora, a seguito di *infortunio* o *malattia*, l'Assicurato venga a trovarsi presso la propria *residenza*, **in una condizione tale per cui consegua una necessaria permanenza a letto certificata da prescrizione medica non inferiore a 3 giorni**, la *Centrale Operativa* - **compatibilmente con le disponibilità locali** - provvede ad inviare una collaboratrice domestica, tenendo il costo a carico di Reale Mutua **fino a un massimo di 12 ore. Tali prestazioni possono essere usufruite dall'Assicurato in moduli di 4 o 6 ore nelle fasce orarie diurne, con cadenza pianificata, per un arco temporale massimo di un mese.** Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato deve comunicare alla *Centrale Operativa* la propria necessità di usufruire della prestazione con 3 giorni di anticipo.

**ESCLUSIONI :** Le suddette prestazioni assistenziali non sono erogabili qualora il *sinistro* sia conseguenza diretta o indiretta di:

- stato di guerra dichiarata o stato di belligeranza di fatto, insurrezioni, saccheggi, occupazioni militari;
- eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici e altri sconvolgimenti della natura;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e radiazioni provocate da accelerazioni di particelle atomiche;
- atti dolosi compiuti o tentati dell'Assicurato;
- malattie e/o infortuni in atto al momento della partenza per il *viaggio*;
- uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- ubriachezza accertata;
- infortuni derivanti dalla pratica di:
  - sport aerei in genere;
  - partecipazione a gare (e relative prove) con veicoli a motore o natanti
- infortuni derivanti dalla partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo).



## PROCEDURA E DOCUMENTAZIONE ACCESSO PRESTAZIONI RIMBORSUALI

### MODALITA' PER L'INVIO DEI DOCUMENTI

- **\*\*Registrazione - seguendo la procedura guidata - nell'area dedicata sul sito internet [www.mutuanuovasanita.it](http://www.mutuanuovasanita.it) con caricamento automatizzato dei documenti necessari\*\***
- Invio tramite posta elettronica dei documenti necessari\*\*\* all'indirizzo [rimborsi@mutuanuovasanita.it](mailto:rimborsi@mutuanuovasanita.it)
- Invio tramite Whatsapp dell'immagine ( nitida) dei documenti necessari\*\*\* al numero 320/0313060
- Consegna di copia dei documenti presso la sede sociale in Via Kennedy, 15 – 42100 Reggio Emilia

### SI RAMMENTA DI UTILIZZARE (PER L'INVIO DI CIASCUNA PRATICA) UNA SOLA DELLE MODALITA' SOPRAINDICATE

#### \*\*\*DOCUMENTI NECESSARI PER OTTENERE IL RIMBORSO

- 1) Modello di richiesta rimborso debitamente compilato in ogni sua parte (anagrafica Socio e codice Iban Socio) compresa firma presa visione informativa Privacy **da consegnare ogni anno alla prima richiesta di rimborso – riporto di seguito o COMPILABILE ON LINE SE SI PROCEDE ALLA REGISTRAZIONE\*\* NELL'AREA DEDICATA SUL SITO [www.mutuanuovasanita.it](http://www.mutuanuovasanita.it)**
- 2) **Copia dell' impegnativa del medico curante/specializzato\*/professionista\* (farne copia prima di effettuare l'esame)**
- 3) Copia della fattura e/o ricevuta del ticket pagato, riportante il nr. di ricevuta, gli estremi del pagamento e i dati anagrafici completi dell'assistito ( codice fiscale compreso) – **Per le prestazioni private è necessario allegare copia del pagamento tracciabile.**

**\*si precisa che il nominativo del medico che emette la prescrizione non può coincidere con il nominativo del medico che emette la fattura**

#### \*NOTE IMPORTANTE

##### TEMPISTICHE RIMBORSI

I Rimborsi vanno richiesti entro 2 mesi dalla data di pagamento della prestazione **e saranno rimborsati entro massimo 60 gg fine mese dalla data di presa in carico della pratica.**

**Detto termine non è vincolante per prestazioni eseguite in corso d'anno ma lo diventa per prestazioni sanitarie eseguite nei mesi di novembre-dicembre.**

Per consentire l'adempimento di inderogabili obblighi fiscali ed amministrativo che fanno capo alla nostra Mutua ( invio dati all'Agenzia delle Entrate - 730 Precompilato ) i **documenti di spesa debbono necessariamente essere inviati entro e non oltre il 31/01 dell'anno successivo, pena il respingimento della pratica di rimborso.**

**Nel caso di REGISTRAZIONE\*\* nell'area personale del sito ricordiamo che gli account sono personali e legati al proprio codice fiscale, pertanto ogni associato maggiorenne dovrà crearsi un proprio profilo personale ad eccezione dei figli minorenni ( in caso di estensione al nucleo familiare ) che sono legati al profilo del titolare di polizza. Una volta fatto questo passaggio l'associato può caricare i documenti necessari al fine dell'ottenimento del rimborso e può monitorare lo stato di avanzamento della pratica interagendo con la nostra mutua direttamente da questa area.**

Una volta rimborsata la pratica o anche solo a fine anno trattandosi di DOCUMENTO RIEPILOGATIVO, potrà essere scaricata on line dalla propria area rimborsi personale - **accedendo a PRESTAZIONI INDIRETTE – RIEPILOGHI ANNUALI DEI RIMBORSI IN FORMA DIRETTA**, se si è effettuata la registrazione) o potrà essere richiesta via mail ( inviare richiesta a "[rimborsi@mutuanuovasanita.it](mailto:rimborsi@mutuanuovasanita.it) ), **ESTRATTO CONTO RIEPILOGATIVO** che sarà utile in sede di dichiarazione dei redditi, per la detrazione d'imposta del 19% per la parte eventualmente non rimborsata, pertanto rimasta a carico dell'assistito.

**Visto che non sono richiesti documenti in originale non verrà restituito alcun documento quietanzato.**

**MODULO RICHIESTA RIMBORSO NUCLEO**

Luogo e data _____	Nome e cognome _____ del titolare di polizza (in stampatello) Firma dell'interessato _____
Nome e cognome _____ del coniuge/ convivente (in stampatello) Firma dell'interessato _____	Nome e cognome _____ del familiare 1 * (in stampatello) Firma dell'interessato _____
Nome e cognome _____ del familiare 2 * (in stampatello) Firma dell'interessato _____	Nome e cognome _____ del familiare 3 * (in stampatello) Firma dell'interessato _____

\* Si prega i genitori/curatori/tutori di firmare con proprio nome e cognome per conto dei minori/inabilitati/interdetti.

**DATI RICHIEDENTE:**

Cognome Nome _____		
Nato il _____	a	Prov. _____
Telefono _____	Indirizzo e-mail: _____	
Codice fiscale _____		

**Documentazione richiesta (SOLO COPIE - NO ORIGINALI)**

Visite specialistiche	
Copia Prescrizione medica	<input type="checkbox"/>
Copia dei ticket / fatture pagate -copia pagamento tracciabile	<input type="checkbox"/>
Prestazioni di diagnostica strumentale	
Copia Prescrizioni mediche	<input type="checkbox"/>
Copia dei ticket/fatture pagate	<input type="checkbox"/>
Ticket per esami di laboratorio - accertamenti in - accesso PS - ticket interventi ambulatoriali	
Copia Prescrizioni mediche/stato di gravidanza	<input type="checkbox"/>
Copia dei ticket / per P.S. foglio TRIAGE	<input type="checkbox"/>
Altre prestazioni integrative da fondo sanitario	
Documenti di cui al piano sanitario	<input type="checkbox"/>
Copia dei ticket/ricevute quietanzate	<input type="checkbox"/>
<b>Allegati:</b> <input type="checkbox"/> Giustificativi di spesa n. _____	

**Ai fini del rimborso diretto, notifico le coordinate bancarie:**  
 c/c intestato a: \_\_\_\_\_ Banca/Posta \_\_\_\_\_

Codice IBAN: \_\_\_\_\_

Il Codice IBAN è composto obbligatoriamente da 27 caratteri alfanumerici e si trova in alto nel documento dell'estratto conto bancario.

Confermo di aver ricevuto e visionato in allegato al presente modulo l'INFORMATIVA PRIVACY ai sensi degli artt. 13 e ss del Regolamento UE 679/16 e il modulo per raccolta del consenso (scaricabili anche dal sito [www.mutuanuovasanita.it](http://www.mutuanuovasanita.it) - alle sezioni Privacy

Sono consapevole che in assenza del consenso al trattamento dei mie dati personali, comuni e sensibili per finalità assistenziali e liquidative MUTUA NUOVA SANITÀ potrà dare esecuzione al Piano Sanitario Integrativo in essere e/o si vedrà impossibilitata a trattare i dati sensibili per la liquidazione di eventuali sussidi/rimborsi

Data \_\_\_\_\_

Firma per il consenso \_\_\_\_\_



## Informativa ai sensi dell'artt. 13 e ss. Reg. UE 2016/679, cosiddetto GDPR ( Rev.1.1)

Ai sensi degli artt. 13 e ss. del Regolamento UE 2016/679 recante trattamento in materia di protezione dei dati personali, il Titolare del trattamento, informa che tratterà i suoi dati personali nel rispetto della normativa sopra richiamata e dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, limitazione delle finalità e della conservazione, minimizzazione dei dati, esattezza, integrità e riservatezza. In relazione a tali trattamenti fornisce le seguenti informazioni.

### 1. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento dei dati personali è la Società di Mutuo Soccorso MUTUA NUOVA SANITÀ, con sede legale in Via Kennedy, 15 – 42124 Reggio Emilia, Tel: 0522.325110, mail: info@mutuanuovasanita.it, sito internet: <https://www.mutuanuovasanita.it/>, nella persona del suo legale rappresentante.

### 2. DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (RPD/DPO)

Il titolare del trattamento ha nominato un Responsabile Protezione Dati (RPD/DPO), il quale potrà essere contattato ai seguenti recapiti: Tel. +39 055 750808 - E-mail: [dpo.sicurdata@opendata.it](mailto:dpo.sicurdata@opendata.it).

### 3. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati verrà effettuato per permettere a MUTUA NUOVA SANITÀ di svolgere attività mutualistica di assistenza sanitaria integrativa e/o strettamente necessarie all'esecuzione della convenzione in essere con il suo datore di lavoro per l'erogazione di rimborsi/sussidi a fronte di spese sanitarie sostenute in correlazione al contributo versato dalla Società e di quelle ad essa connesse ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

### 4. BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati personali degli interessati è legittimato dal consenso esplicito al trattamento dei dati personali prestato dall'Interessato (ai sensi degli artt. 6, par. 1, lett. a e 9 par. 2 lett. a del Reg. UE 2016/679), oltre ad essere altresì necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso (ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. b del Reg. UE 2016/679).

### 5. EVENTUALI DESTINATARI DEI DATI

I dati trattati non saranno oggetto di diffusione a terzi. Possono venire a conoscenza dei suoi dati, in relazione alle finalità di trattamento sopra esposte: a) soggetti che possono accedere ai dati in forza di disposizioni di legge previste dal diritto dell'Unione Europea o da quello dello Stato membro cui è soggetto il titolare del trattamento; b) il personale dipendente, appositamente nominato ai sensi dell'art. 29 GDPR; c) soggetti che svolgono il trattamento in qualità di responsabili del trattamento ex art. 28 GDPR per conto del titolare. L'elenco dei responsabili è disponibile presso la sede del titolare e l'interessato può richiederlo ad uno dei contatti presenti al punto 1 dell'informativa.

### 6. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati personali saranno trattati dal titolare del trattamento limitatamente a quanto necessario per il perseguimento delle finalità per cui sono stati raccolti. In particolare, i dati personali saranno trattati per un periodo di tempo pari al minimo necessario, come indicato dal Considerando 39 del Reg. UE 2016/679, fatto salvo un ulteriore periodo di conservazione che potrà essere imposto da norme di legge, come anche previsto dal Considerando 65 del Reg. UE 2016/679.

### 7. TRASFERIMENTO DEI DATI

I suoi dati non saranno trasferiti verso Paesi terzi, ossia fuori dall'Unione europea. Resta in ogni caso inteso che il titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di spostare l'ubicazione dei server in Italia e/o Unione Europea e/o Paesi extra-UE. In tal caso, il titolare assicura sin d'ora che il trasferimento dei dati extra-UE avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili stipulando, se necessario, accordi che garantiscano un livello di protezione adeguato e/o adottando le clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea.

### 8. CONFERIMENTO DEI DATI.

Il conferimento dei dati è necessario per l'erogazione dei rimborsi richiesti. Il mancato conferimento non consentirà al titolare del trattamento di svolgere correttamente tutti gli adempimenti richiesti dall'interessato stesso.

### 9. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Relativamente ai dati medesimi, l'Interessato, o un soggetto delegato per iscritto, può esercitare i seguenti diritti: a) il diritto di accesso, espressamente previsto dall'art. 15 del Reg. UE 2016/679, ossia la possibilità di accedere a tutte le informazioni di carattere personale che lo riguardano; b) il diritto di rettifica, espressamente previsto dall'art. 16 del Reg. UE 2016/679, ossia la possibilità di ottenere l'aggiornamento di dati personali inesatti che lo riguardano senza giustificato ritardo; c) il diritto all'oblio, espressamente previsto dall'art. 17 del Reg. UE 2016/679, consistente nel diritto alla cancellazione dei dati personali che riguardano il diretto interessato; d) il diritto di limitazione di trattamento quando ricorre una delle ipotesi previste dall'art. 18 del Reg. UE 2016/679; e) il diritto a ricevere l'attestazione che le operazioni effettuate a norma degli artt. 16, 17 e 18 Reg.

UE 2016/679 siano state portate a conoscenza di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, salvo che ciò si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato, ai sensi dell'art. 19 Reg. UE 2016/679; f) il diritto alla portabilità dei dati, espressamente previsto dall'art. 20 del Reg. UE 2016/679, ossia il diritto ad ottenere in un formato interoperabile i propri dati e/o il diritto a veder trasmessi i propri dati personali a un altro titolare del trattamento senza impedimenti; g) il diritto di opposizione al trattamento dei dati personali, espressamente previsto dall'art. 21 del Reg. UE 2016/679; h) il diritto di revoca del consenso in qualsiasi momento, come stabilito dall'art. 7 del Reg. UE 2016/679; i) il diritto di proporre reclamo ad un'autorità di controllo, ai sensi dell'art. 77 del Reg. UE 2016/679; l) il diritto a proporre ricorso giurisdizionale in caso di trattamento illecito dei dati, anche avverso gli atti assunti dal Garante ai sensi dell'art.78 del Reg. UE 2016/679. Per esercitare i suoi diritti potrà rivolgersi al Titolare del trattamento ai punti di contatto indicati dalla presente informativa.

Il titolare del trattamento resta a disposizione per qualsiasi necessità di chiarimento e, qualora il trattamento dovesse essere modificato rispetto a quello descritto nel presente documento, il titolare fornirà un'apposita informativa aggiornata.

**CONSENSO SOCIO**

**Esprimo il consenso al trattamento dati personali comuni e particolari (ex art. 9 del GDPR) per le finalità indicate nella presente informativa redatta ai sensi dell'art. 13 GDPR.**

SÌ

NO

**Data e luogo** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

**MODULO DI RACCOLTA DEL CONSENSO PER SOGGETTO MAGGIORENNE (superiore ai 18 anni)**

Il/La sottoscritto/a (coniuge) \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_ dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 2016/679 e barrando le successive caselle, esprime liberamente il consenso al trattamento dei propri dati personali così come descritto nella presente informativa:

Esprimo il consenso al trattamento dati personali comuni e particolari (ex art. 9 del GDPR) per le finalità indicate nella presente informativa redatta ai sensi dell'art. 13 GDPR.

SÌ

NO

18

**Data e luogo** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a (figlio/a maggiorenne) \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_ dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 2016/679 e barrando le successive caselle, esprime liberamente il consenso al trattamento dei propri dati personali così come descritto nella presente informativa:

Esprimo il consenso al trattamento dati personali comuni e particolari (ex art. 9 del GDPR) per le finalità indicate nella presente informativa redatta ai sensi dell'art. 13 GDPR.

SÌ

NO

**Data e luogo** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a (figlio/a maggiorenne) \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_ dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 2016/679 e barrando le successive caselle, esprime liberamente il consenso al trattamento dei propri dati personali così come descritto nella presente informativa:

Esprimo il consenso al trattamento dati personali comuni e particolari (ex art. 9 del GDPR) per le finalità indicate nella presente informativa redatta ai sensi dell'art. 13 GDPR.

SÌ

NO

**Data e luogo** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

**MODULO PER LA RACCOLTA DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI DI MINORENNI**  
**(inferiori ai 18 anni)**

Il sottoscritto (padre)/tutore \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ Documento n° \_\_\_\_\_ e la sottoscritta  
(madre)/tutore \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ Documento n° \_\_\_\_\_ Padre e Madre/tutori

del/la minore \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

del/la minore \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

del/la minore \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

sia in proprio che in qualità di titolari della Responsabilità Genitoriale sul minore, con la presente, ad ogni effetto di legge e di regolamento, dichiariamo di aver ricevuto e letto le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, e consapevoli, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati di cui all'art. 9 Reg.to UE 2016/679, vale a dire i "dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché (...) dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale", esprimiamo la seguente scelta:

Esprimo il consenso al trattamento dati personali comuni e particolari (ex art. 9 del GDPR) per le finalità indicate nella presente informativa redatta ai sensi dell'art. 13 GDPR.

SÌ

NO

**Data e luogo** \_\_\_\_\_

**Genitori/tutori del minore:**

**Nome** \_\_\_\_\_ **Cognome** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

**Nome** \_\_\_\_\_ **Cognome** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_