



Piano Sanitario CCNL Cooperative Sociali

**gestito da Società di mutuo soccorso
Mutua Nuova Sanità ETS**



Questo documento illustra in dettaglio tutte le prestazioni, i massimali e le modalità di accesso alle cure sanitarie, garantendo protezione e supporto

Indice del Piano Sanitario

Titolo sezione	Pagina	Titolo sezione	Pagina
Alta Diagnostica	2	Prestazioni Socio-Sanitarie Assistenziali	18
Visite Specialistiche	3	Assistenza Domiciliare per Inabilità Temporanea	19
Ticket e Pronto Soccorso	4	Servizi Legati all'Adesione alla Mutua - QR CODE TESSERA	20
Maternità e Gravidanza	5	Prestazioni Socio-Sanitarie Assistenziali	21
Accertamenti Speciali in Gravidanza	6	Modalità per Richiedere il Rimborso	22
Cicli di Terapie Riabilitative e Conservative	7	Documentazione Necessaria per i Rimborsi	23
Indennità Ricovero e Sussidi Salvavita	8	Tempistiche di richieste rimborso	24
Lenti da Vista	9	Estratto Conto	25
Prestazioni Odontoiatriche di Base	10	Modalità di Utilizzo delle Garanzie	26
Implantologia e Prestazioni Odontoiatriche Complesse	11	Assistenza Indiretta e Libera Scelta	27
Rete Odontoiatrica Qurakare	12	Estensione al Nucleo Familiare ed Esclusioni	28
Pacchetti di Prevenzione Salute	13	Prestazioni ed Esclusioni Generali	29
Esami di Laboratorio a Carattere Preventivo	14	Modulo Autorizzazione per Accesso ai Pacchetti di Prevenzione Salute	30
Campagne di Prevenzione	15	GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	31
Area Ricovero - Grandi Interventi Chirurgici	16		
Area Ricovero - Interventi Chirurgici Ordinari	17		



Alta Diagnostica

Il piano sanitario offre copertura completa per prestazioni di diagnostica strumentale e accertamenti senza elenchi limitativi. Questo significa che puoi accedere a qualsiasi tipo di esame diagnostico necessario per la tua salute, dalla risonanza magnetica alle ecografie specialistiche, dalla TAC alla diagnostica radiologica.

Prestazioni tramite SSN

Quando esegui gli accertamenti attraverso il Servizio Sanitario Nazionale, ottieni il **rimborso integrale del ticket pagato**. Questo ti permette di utilizzare la rete pubblica senza costi aggiuntivi, recuperando completamente quanto speso per il ticket.

- ⓘ **Massimale annuo per diagnostica in ticket:**
€1.000 per titolare/nucleo familiare

Assistenza Indiretta

Scegliendo strutture private in libera scelta, il rimborso prevede uno **scoperto del 30%** con un minimo non indennizzabile di €60 per accertamento. Il massimo rimborsabile per singolo accertamento è di €150 (vedi esempi)

- ⓘ **Massimale annuo per diagnostica privata:**
€4.000 per titolare/nucleo familiare

Esempio 1

Costo accertamento: €180
Scoperto 30%: €54
Minimo non indennizzabile: €60
Rimbоро: €120

Esempio 2

Costo accertamento: €200
Scoperto 30%: €60
Rimbоро: €140

Esempio 3

Costo accertamento: €250
Scoperto 30%: €75
Massimo indennizzabile: €150
Rimbоро: €150

□ Assistenza Diretta - Rete Convenzionata

Utilizzando la rete di strutture convenzionate accreditate, paghi solo una **franchigia di €35** al momento della prestazione. Mutua Nuova Sanità salda direttamente il resto dell'importo con la struttura, permettendoti di accedere a cure di qualità senza dover anticipare grandi somme

- ⓘ Il massimale annuo per la diagnostica in assistenza diretta è di **€800 per titolare/nucleo familiare**.



Visite Specialistiche

Il piano sanitario garantisce accesso illimitato alle visite specialistiche, senza alcun elenco restrittivo sul numero o sulla tipologia. Puoi accedere a qualsiasi specialista necessario per la tua salute: cardiologi, ortopedici, dermatologi, neurologi e molti altri professionisti sanitari.

Visite tramite SSN

Rimborso integrale del ticket pagato per visite specialistiche eseguite attraverso il Servizio Sanitario Nazionale

Massimale annuo: €250 per titolare/nucleo

Assistenza Indiretta

Minimo non indennizzabile di €60 per visita

Massimo rimborso per visita: €100 (vedi esempi)

Massimale annuo: €500 per titolare (€750 con nucleo familiare)

Assistenza Diretta

Pagamento di una franchigia di €20 alla struttura convenzionata

Mutua paga direttamente la parte restante

Esempi Pratici di Rimborso

Caso A

Costo visita: €120

Minimo non indennizzabile: €60

Rimborso: €60

Caso B

Costo visita: €150

Minimo non indennizzabile: €60

Rimborso: €90

Caso C

Costo visita: €180

Calcolo: €120

Rimborso: €100 (massimo)

Visite Professionali Specializzate

Il piano include anche contributi per consulti con professionisti specifici, con un sussidio di **€35 per seduta** per un massimo di 4 sedute all'anno nelle seguenti categorie:



Consulti Psicologici

Supporto per il benessere mentale ed emotivo con professionisti qualificati



Nutrizionista/Dietologo

Consulenze per una corretta alimentazione e gestione del peso



Trattamento Osteopata

Terapie manuali per problemi muscolo-scheletrici e posturali

- ⓘ **Massimale annuo complessivo per TUTTE le visite: €750 per titolare (di cui 500Euro rete privata - 250€. rete pubblica) (€1.000 complessivi con estensione al nucleo familiare : €. 750 rete privata - 250€, rete pubblica)**

Ticket e Pronto Soccorso

La copertura sanitaria include il rimborso integrale dei ticket per diverse tipologie di prestazioni, garantendo accesso alle cure senza preoccupazioni economiche in situazioni di emergenza e per esami diagnostici di base.



Esami di Laboratorio

Rimborso integrale del ticket pagato tramite SSN

Rimborso al 50% per esami in rete privata

Massimale annuo: €150 per singolo iscritto



Accesso al Pronto Soccorso

Rimborso integrale del ticket pagato per accesso al pronto soccorso

Massimale annuo: €150 per titolare/nucleo



Chirurgia Ambulatoriale

Rimborso ticket per interventi ambulatoriali come cataratta, tunnel carpale, ernia inguinale

Massimale annuo: €200 per titolare/nucleo



Interventi di Chirurgia Ambulatoriale Coperti

Il piano prevede il rimborso del ticket per interventi ambulatoriali che includono:

- Intervento di cataratta
- Sindrome del tunnel carpale
- Dito a scatto
- Ernia inguinale
- Interventi dermatologici vari

Questi interventi, quando eseguiti in regime di ticket attraverso il SSN, beneficiano del rimborso completo del ticket pagato,

Maternità e Gravidanza

Il piano sanitario dedica particolare attenzione alla maternità, offrendo una copertura completa per tutte le fasi della gravidanza. Dalla diagnostica agli esami di laboratorio, dalle visite specialistiche agli accertamenti particolari, ogni aspetto del percorso verso la maternità è supportato con massimali dedicati.

01

Ecografie di Controllo

Rimborso integrale ticket SSN, franchigia €40 in assistenza diretta, oppure rimborso massimo €50 per prestazione in libera scelta.

02

Visite in Gravidanza

Rimborso integrale ticket SSN, franchigia €40 in assistenza diretta, oppure rimborso massimo €50 per visita dal ginecologo di fiducia.

Massimale Complessivo

- Il massimale annuo complessivo per ecografie e visite in gravidanza (sia ticket che prestazioni private) è di **€450**.

Questo importo garantisce una copertura adeguata per tutti i controlli necessari durante i nove mesi di gestazione.

Ogni futura mamma può pianificare serenamente i propri controlli, sapendo di poter contare su un sostegno economico significativo per le spese mediche.



Esami di Laboratorio

Analisi chimico-cliniche di sangue e urine tramite SSN con rimborso integrale del ticket. Per esami in rete privata, rimborso pari al 50% della spesa documentata.

- Massimale annuo complessivo esami di laboratorio in gravidanza : **€150**

Esempi Pratici

Ecografia presso centro specialistico di fiducia

Accedendo al proprio centro di fiducia per un'ecografia di controllo, si ottiene un rimborso di €50 per ogni prestazione effettuata.

Visita dal ginecologo di fiducia

Scegliendo il proprio ginecologo di riferimento per le visite periodiche, il rimborso garantito è di €50 per ogni visita documentata.

Accesso in assistenza diretta - rete convenzionata

Resta a carico della lavoratrice la sola franchigia prevista : €. 40 per una ecografia - €. 40 per una visita

Accertamenti Speciali in Gravidanza

Per le gravidanze che richiedono accertamenti diagnostici particolari, il piano sanitario prevede un sottomassimale dedicato agli esami più complessi e specialistici, garantendo supporto economico anche nelle situazioni che necessitano di approfondimenti diagnostici avanzati.



Accertamenti Diagnostici Particolari

Per lavoratrici con età superiore ai 35 anni o in presenza di familiarità documentata da certificazione medica, è previsto il rimborso di esami specialistici quali:

- Amniocentesi
- Amnioscopia
- Villocentesi

Gli esami devono essere eseguiti in forma indiretta (libera scelta) e il rimborso avviene entro il sotto massimale di **€200**, sempre nel rispetto del massimale complessivo annuo.



Procreazione Medico-Assistita

Il piano sanitario equipara il percorso di procreazione medico-assistita alla gravidanza naturale.

Il massimale complessivo annuo di **€450** viene riconosciuto come rimborso spese documentate per accompagnare e sostenere economicamente questo delicato percorso.

Questo significa che tutte le visite, gli accertamenti e le ecografie necessarie durante il percorso di PMA possono beneficiare della stessa copertura prevista per la gravidanza tradizionale.

- ① Per gli accertamenti diagnostici particolari è previsto un sotto massimale annuo di €. 200 del massimale annuo complessivo di €. 450

Il massimale annuo complessivo di €. 450 viene riconosciuto come contributo solidaristico al percorso di PMA

Sussidio per Latte Non Materno

Entro il primo anno di vita del bambino, il piano prevede il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di latte non materno, quando documentata la necessità medica di tale alimentazione sostitutiva.

Requisiti necessari:

- Documentazione medica che attesti la necessità
- Scontrino parlante con codice fiscale
- Acquisti effettuati entro il primo anno di vita



Massimale Annuo

- ① Il massimale dedicato alle spese per l'acquisto di latte non materno è di **€250** all'anno.

Questo sostegno economico aiuta le famiglie che, per motivi medici certificati, non possono ricorrere all'allattamento materno e devono affrontare i costi dell'alimentazione artificiale nei primi mesi di vita del bambino.

Cicli di Terapie Riabilitative e Conservative

Il piano sanitario offre un supporto completo per i cicli di terapie riabilitative, distinguendo tra interventi necessari a seguito di infortunio e trattamenti conservativi per patologie o malattie. Questa sezione garantisce accesso a cure fisioterapiche e riabilitative di qualità, sia attraverso il SSN che in forma privata.

Terapie per Infortunio

Per terapie ambulatoriali specialistiche riabilitative a seguito di infortunio, è necessario:

- Certificato del Pronto Soccorso o documento equivalente
- Assenza dal lavoro superiore a 7 giorni

Copertura:

- Rimborso integrale del ticket per prestazioni tramite SSN
- Rimborso integrale in forma indiretta entro il massimale

Massimale annuo: €300 per titolare/nucleo

Terapie per Patologia

Per terapie conservative a seguito di patologia o malattia, con o senza intervento chirurgico, è necessaria attestazione medica della patologia con indicazione della necessità delle terapie.

Copertura:

- Rimborso integrale del ticket tramite SSN
- Rimborso integrale in libera scelta entro il massimale

Massimale annuo: €300 per titolare/nucleo



Agopuntura Terapeutica

Trattamento con aghi per scopi curativi e riabilitativi

Rimborso: €35 per seduta

Massimo 4 sedute/anno



Trattamenti Sclerosanti

Iniezioni sclerosanti per finalità terapeutiche

Rimborso: €35 per seduta

Massimo 4 sedute/anno



Infiltrazioni Terapeutiche

Infiltrazioni per trattamento di patologie articolari e muscolari

Rimborso: €35 per seduta

Massimo 4 sedute/anno

Nota importante: le sole prestazioni fisioterapiche ambulatoriali richiedono prescrizione medica con indicazione della motivazione. Sono escluse prestazioni di carattere estetico. Il rimborso è valido sia per prestazioni in forma privata che tramite SSN.

Presidi e Ausili Sanitari

È previsto il rimborso delle spese sostenute per acquisto o noleggio di dispositivi ortopedici e ausili sanitari quali corsetti, ortesi spinali, ginocchiere, plantari, protesi acustiche, carrozzine, passeggini posturali, stampelle e altri presidi necessari.

Requisiti: Prescrizione medica che indichi la necessità del presidio e scontrino parlante di rivenditore autorizzato

① **Massimale annuo presidi e ausili : €100** per titolare/nucleo (ticket e privata)

② Complessivamente, la sezione terapie riabilitative garantisce un massimale totale di **€140** per le prestazioni specifiche (agopuntura, sclerosanti, infiltrazioni) più €300 per le terapie riabilitative post-infortunio - €300 per le terapie conservative - €. 100 per presidi e ausili

Indennità Ricovero e Sussidi Salvavita

Il piano sanitario prevede sostegni economici diretti in caso di ricovero ospedaliero e assistenza particolare per i cicli di terapie salvavita, riconoscendo l'impatto economico e personale che queste situazioni comportano per i lavoratori e le loro famiglie.

Indennità Ricovero per Malattia senza intervento chirurgico

A seguito di degenza ospedaliera per malattia o cura riabilitativa di almeno **2 notti consecutive**, viene riconosciuta un'indennità giornaliera.

Importo giornaliero: €15

Durata massima: 10 giorni

Il primo e l'ultimo giorno vengono computati come uno solo

Massimale Annuo

ⓘ Il massimale complessivo per l'indennità di ricovero è di **€150** per titolare/nucleo familiare all'anno.

Questo sostegno economico aiuta a coprire le spese accessorie e i disagi derivanti dall'ospedalizzazione, fornendo un piccolo ma significativo aiuto economico durante il periodo di degenza.

Sussidi per Cicli di Terapie Salvavita

In linea con la missione solidaristica di Mutua Nuova Sanità, il piano prevede prestazioni assistenziali a rilevanza sanitaria per sostenere chi affronta percorsi terapeutici particolarmente impegnativi.

Terapie Oncologiche Ospedaliere

Per cicli di chemioterapia e radioterapia eseguiti in ambiente ospedaliero, è riconosciuto un sussidio giornaliero a sostegno del lavoratore e della famiglia.

Sussidio giornaliero: €20

Durata massima: 50 giorni di terapia

Massimale totale: €1.000

Documentazione Necessaria

Per accedere al sussidio è richiesta attestazione medica rilasciata dalla struttura ospedaliera o dal reparto ospedaliero, con chiara indicazione del numero di giorni di terapia effettuati.

Questo sussidio rappresenta un importante riconoscimento del carico fisico, emotivo ed economico che le terapie salvavita comportano per i lavoratori e le loro famiglie.

ⓘ **Nota Importante:** Il massimale complessivo per i sussidi solidaristici (terapie salvavita) è di **€1.000 annui per titolare**. Questa prestazione testimonia l'attenzione della Mutua verso situazioni di particolare gravità e necessità, offrendo un sostegno concreto nei momenti più difficili.



Lenti da Vista:

Il piano sanitario offre un contributo per l'acquisto di lenti da vista



Condizioni di Rimborso

Il rimborso è valido per lenti acquistate a seguito di un cambio del visus dopo la data di inserimento della garanzia.

Esclusa la montatura



Frequenza Standard

Il rimborso è concesso **ogni due anni**, a condizione che non ci siano variazioni significative nel visus.



Frequenza Accelerata

Il rimborso è disponibile **ogni anno** se il visus subisce una variazione di almeno **+1/-1 diottria**.



€80

Contributo Annuo

Il massimale complessivo per lenti da vista e a contatto è di **€80 all'anno** per ogni iscritto al piano.

Tipologie di Copertura

Il contributo per le lenti da vista copre un'ampia gamma di soluzioni correttive per adattarsi alle tue esigenze:



Lenti Tradizionali

Include lenti monofocali, bifocali o progressive.



Lenti a Contatto

Copertura per lenti giornaliere, mensili o permanenti.

Documenti Richiesti per il Rimborso

Per accedere al rimborso, è necessario presentare la seguente documentazione:

1. Prescrizione medica oftalmica o valutazione ortottica aggiornata.
2. Fattura o scontrino parlante dell'acquisto delle lenti.
3. Eventuale documentazione del precedente acquisto per la verifica dei tempi di rinnovo.

Prestazioni Odontoiatriche di Base

Il piano sanitario dedica ampia attenzione alla salute odontoiatrica, offrendo copertura per le cure conservative di base attraverso la rete convenzionata o in libera scelta.

Prevenzione Odontoiatrica

Garantito il rimborso di n.1 ablazione/igiene dentale 1 volta/ anno in libera scelta. Resta a carico del socio **un franchigia pari ad Euro 35,00** il restante viene rimborsato

	€	$\frac{f}{dx}$
Frequenza Garantita 1 volta all'anno in libera scelta	Rimborso Minimo non indennizzabile: €35	Esempio Pratico Costo ablazione: €90 Rimborso: €55

Cure Odontoiatriche Conservative

Il piano copre le principali cure conservative necessarie per mantenere la salute dentale, incluse:

- **Otturazioni** - riparazioni di carie e restauri
- **Cure canalari** - devitalizzazioni e trattamenti endodontici
- **Trattamenti di parodontologia** - cure per malattie gengivali
- **Avulsioni** - estrazioni dentarie quando necessarie

Tramite SSN Rimborso integrale del ticket pagato per prestazioni eseguite attraverso il Servizio Sanitario Nazionale	Rete Convenzionata MNS/Qurakare Non opera scoperto o franchigia. Rimborso entro il massimale previsto Esempio: Otturazione a tariffa agevolata €160 → rimborso €150	Libera Scelta Scoperto del 50% Esempio: Otturazione €180 - scoperto 50% (€90) = rimborso € 90
--	---	---

- Massimale Annuo Complessivo:** Il massimale per tutte le cure conservative è di **€150 all'anno** per titolare/nucleo familiare. Questo importo copre l'insieme delle prestazioni conservative effettuate sia tramite SSN che in forma privata o convenzionata.



Implantologia e Prestazioni Odontoiatriche Complesse

Per le prestazioni odontoiatriche più complesse, in particolare l'implantologia con impianti osteointegrati, il piano sanitario prevede massimali dedicati e differenziati a seconda che si acceda alla rete convenzionata o si scelga un professionista in libera scelta.

Impianti Osteointegrati

L'implantologia rappresenta una soluzione avanzata per sostituire denti mancanti con impianti in titanio che si integrano nell'osso mascellare, offrendo stabilità e funzionalità paragonabili ai denti naturali.



Prestazioni tramite SSN

Quando disponibile, rimborso integrale del ticket pagato per impianti eseguiti attraverso il Servizio Sanitario Nazionale



Rete Convenzionata MNS/Qurakare

Non opera scoperto o franchigia
Rimborso entro il massimale di **€300 per elemento**
Fino ad un massimo di **3 elementi**
Esempio: Costo 1 impianto a tariffa agevolata €500 → rimborso del massimale completo di €300



Libera Scelta - Dentista di Fiducia

Scoperto del **50%**
Massimo rimborsabile: **€250 per elemento**
Fino ad un massimo di **3 elementi**
Esempio: Costo impianto €600 - scoperto 50% (€300) = rimborso €250

Massimali Annui per Implantologia

In Rete Convenzionata

Accedendo ai centri odontoiatrici della rete Qurakare convenzionata con Mutua Nuova Sanità:

i **Massimale annuo: €900**

per titolare/nucleo familiare

Questo massimale consente di coprire fino a 3 impianti a €300 ciascuno, beneficiando delle tariffe agevolate e dell'assenza di scoperto.

In Libera Scelta

Scegliendo il proprio odontoiatra di fiducia al di fuori della rete convenzionata:

i **Massimale annuo: €750**

per titolare/nucleo familiare

Con questo massimale è possibile ottenere il rimborso di fino a 3 impianti a €250 ciascuno, pur dovendo considerare lo scoperto del 50%.

⚠ **NOVITA' 2026: In caso di estensione della copertura al nucleo familiare, è previsto un sotto-massimale per prestazioni ortodontiche (apparecchio fisso o mobile) pari a €750/anno se in rete convenzionata o €500/anno se fuori rete convenzionata.**

Detto sotto-massimale fa riferimento al massimale complessivo di €900 per implantologia in rete convenzionata o €750 per implantologia in libera scelta.

Per accedere al rimborso sarà necessario presentare copia PIANO DI CURA ORTODONTICO / FATTURA CON EVIDENZA TRATTAMENTO ORTODONTICO IN ESSERE unitamente a copia del pagamento tracciabile.

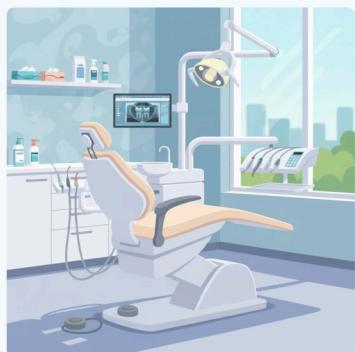


Rete Odontoiatrica Qurakare

Tramite l'associazione alla Mutua è possibile accedere a tariffari agevolati per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche tramite il network Qurakare, una rete nazionale di centri odontoiatrici selezionati e qualificati.



PREVENZIONE ODONTOIATRICA IN RETE CONVENZIONATA QURAKARE



Due volte all'anno (primavera e autunno) vengono organizzate campagne di prevenzione odontoiatrica attraverso la rete convenzionata Qurakare.

Queste campagne permettono di eseguire l'ablazione del tartaro (igiene dentale) a un costo calmierato e ottenere il successivo rimborso.

Estensione gratuita: La prestazione è estesa gratuitamente a tutto il nucleo familiare anche se non iscritto al piano rimborsuale

Vantaggi della Rete Convenzionata

L'accesso alla rete convenzionata Qurakare offre vantaggi significativi:

- **Tariffe agevolate** - costi calmierati concordati con la rete convenzionata
- **Massimale superiore** - se le prestazioni odontoiatriche previste a rimborso vengono eseguite in rete convenzionata non sono previsti scoperti e/o franchigie o nel caso dell'implantologia/ortodonzia è previsto un massimale più alto

-  La combinazione tra campagne di prevenzione, accesso alla rete convenzionata con tariffe agevolate e possibilità di scelta libera del proprio dentista di fiducia garantisce flessibilità e accessibilità alle cure odontoiatriche essenziali, fondamentali per mantenere una buona salute orale nel tempo.

Pacchetti di Prevenzione Salute



Pacchetto Prevenzione Donna

Disponibile 1 volta all'anno

Scelta tra: visita ginecologica con ecografia / visita senologica / ecografia mammaria



Pacchetto Prevenzione Uomo

Disponibile 1 volta all'anno

Scelta tra: visita urologica / visita proctologica / ecografia addome completo / ecografia prostatica

Destinatari

Lavoratori delle Cooperative Sociali

regolarmente iscritti al Fondo Sanitario

Familiari Iscritti al Fondo Sanitario

Familiari per cui è stato versato il relativo contributo associativo

Modalità di Accesso

Procedura di Presa in Carico

Le campagne di prevenzione sono erogate tramite una procedura di presa in carico (assistenza diretta).

Senza Prescrizione Medica

Le prestazioni sono prenotabili **senza obbligo di prescrizione medica***

***caricare al posto della ricetta medica il modulo di "accesso alla prevenzione"**

Vantaggi della Prevenzione

Diagnosi precoce

Identificazione tempestiva di potenziali problemi di salute quando sono più facilmente trattabili

Monitoraggio continuo

Controllo periodico dei parametri vitali e degli indicatori di salute per intervenire preventivamente

Consapevolezza sanitaria

Maggiore conoscenza del proprio stato di salute e dei fattori di rischio da tenere sotto controllo

Le campagne di prevenzione rappresentano un'opportunità preziosa per prendersi cura della propria salute in modo proattivo, anticipando eventuali problematiche e mantenendo un benessere ottimale nel tempo.



Esami di Laboratorio a Carattere Preventivo

Presso Centro 3C Salute - Reggio Emilia

I lavoratori e loro familiari regolarmente iscritti hanno la facoltà di eseguire UNA VOLTA ALL'ANNO un pacchetto di analisi preventive a scelta tra quelli disponibili, in forma totalmente gratuita presso il Centro 3C Salute in Reggio Emilia.

Modalità di Accesso

- Prenotazione (anche telefonica) presso la segreteria del Centro Medico
- Comunicare di essere socio MNS lavoratore della Cooperativa Sociale L'Ovile
- Indicare il pacchetto di prevenzione che si intende eseguire
- NON è necessaria la prescrizione medica (prestazioni a carattere preventivo)
- Prima dell'esecuzione, mostrare la tessera associativa MNS con logo della cooperativa e anno di convalida (anche su dispositivo mobile)

Pacchetti Disponibili

DONNA - MENOPAUSA

- Esami sangue e urine - Profilo base (Prelievo sangue venoso, Emocromo, ALT/GPT, Azotemia, Creatinina, Bilirubina tot, AST/GOT, Gamma GT, Glicemia, Trigliceridi, Colesterolo tot, Colesterolo LDL, Elettroforesi pr. sieriche, Urine base)
- Follitropina (FSH)
- Luteotropina (LH)
- Progesterone
- Estradiolo (E2)

Valore: € 86,00 a carico di MNS

UOMO - ONCOLOGIA TOP

- Esami sangue e urine - Profilo base (Prelievo sangue venoso, Emocromo, ALT/GPT, Azotemia, Creatinina, Bilirubina 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

Valore: € 77,00 a carico di MNS

CUORE PIÙ

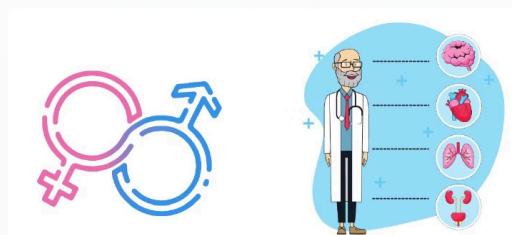
- Esami sangue e urine - Profilo base (Prelievo sangue venoso, Emocromo, ALT/GPT, Azotemia, Creatinina, Bilirubina tot, AST/GOT, Gamma GT, Glicemia, Trigliceridi, Colesterolo tot, Colesterolo LDL, Elettroforesi pr. sieriche, Urine base)
- Creatin chinasi (CPK o CK)
- Proteina C reattiva
- Microalbuminuria

Valore: € 54,00 a carico di MNS

- Il Centro Medico emetterà fattura a nome dell'assistito con dicitura "Importo totalmente a carico di MNS". Il costo sarà interamente sostenuto da Mutua Nuova Sanità.

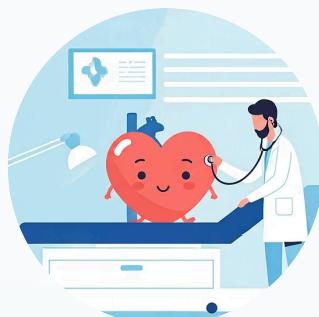
Campagne di Prevenzione

La prevenzione è un pilastro fondamentale della salute. L'associazione alla Mutua consente di accedere, durante l'anno a campagne di prevenzione mirate a tariffe calmierate presso centri aderenti, o in periodi promozionali con voucher in forma gratuita o con franchigia ridotta



- **ESAMI DI LABORATORIO**
- **ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**
- **VISITE SPECIALISTICHE**

Esempi Campagne di prevenzione organizzate annualmente



Prevenzione Cardiologica

Disponibile **1 volta all'anno**

Comprende esami di laboratorio specifici, elettrocardiogramma, visita cardiologica e altri accertamenti per valutare lo stato di salute cardiovascolare



Prevenzione Uditiva

Disponibile **3-4 volte all'anno**

Include test audiometrici, valutazione della funzionalità uditiva e consulenza con specialisti per la diagnosi precoce di eventuali deficit uditivi



Prevenzione Posturale/Nutrizionale

Disponibile **1-2 volte all'anno**

Valutazione posturale, analisi della composizione corporea, consulenza nutrizionale personalizzata per il benessere muscolo-scheletrico e metabolico

Destinatari

Lavoratori delle Cooperative Sociali

regolarmente iscritti al Fondo Sanitario

Familiari Iscritti al Fondo Sanitario

Familiari per cui è stato versato il relativo contributo associativo

Modalità di Accesso

Le campagne di prevenzione sono erogate tramite **procedura di presa in carico (assistenza diretta)**,

Tutte le campagne di prevenzione sono accessibili **senza obbligo di prescrizione medica**, facilitando l'adesione ai programmi di screening e controllo periodico della salute.



Area Ricovero - Grandi Interventi Chirurgici

Il piano sanitario prevede sussidi e rimborsi specifici per chi deve affrontare un grande intervento chirurgico, sia in Italia che all'estero. La copertura include sia un'indennità giornaliera durante il ricovero sia il rimborso delle spese post-operatorie necessarie per il recupero.

Sussidio Giornaliero

Per interventi chirurgici inclusi nell'elenco dei grandi interventi definito dal Ministero della Salute, viene riconosciuto un sussidio giornaliero durante il periodo di degenza ospedaliera.

60€

Diaria in Italia

Per massimo 20 giorni

Massimale per evento: €1.200

100€

Diaria all'Estero

Per massimo 20 giorni

Massimale per evento: €2.000

3.200€

Massimale Annuo Complessivo

Per titolare/nucleo familiare

Indennità di ricovero totale

Prestazioni Post Ricovero

Entro 60 giorni dalla data dell'intervento, è possibile richiedere il rimborso delle spese necessarie per il recupero post-operatorio, fino a un massimo complessivo di **€1.800**.

Visite Specialistiche Post-Intervento

Tramite SSN: rimborso integrale del ticket pagato

In rete privata: rimborso pari al 50% del documento di spesa

Esempio: *visita privata €120 → rimborso €60*

Massimale annuo: **€500** per titolare/nucleo

1

Accertamenti Diagnostici Post-Intervento

Tramite SSN: rimborso integrale del ticket pagato

In rete privata: rimborso pari al 50% del documento di spesa

Esempio: *accertamento privato €250 → rimborso €125*

Massimale annuo: **€1.000** per titolare/nucleo

2

Prestazioni Fisioterapiche Riabilitative

Tramite SSN: rimborso integrale del ticket pagato

In rete privata: rimborso pari al 50% del documento di spesa

Esempio: *ciclo di terapia €500 → rimborso €250*

Massimale annuo: **€300** per titolare/nucleo

3

Cosa Sono i Grandi Interventi Chirurgici

- I grandi interventi chirurgici sono procedure complesse e significative definite dal Ministero della Salute (vedi elenco in calce al fascicolo informativo)

Il sussidio giornaliero aiuta a coprire i costi accessori durante la degenza, mentre i massimali per le prestazioni post-ricovero garantiscono il supporto necessario per un recupero completo e appropriato.

Area Ricovero - Interventi Chirurgici Ordinari

Oltre ai grandi interventi, il piano sanitario copre anche gli interventi chirurgici ordinari, sia in Italia che all'estero, con sussidi e rimborsi dedicati seppur con massimali differenziati rispetto alle procedure più complesse.

Interventi per Malattia o Infortunio

Gli interventi chirurgici ordinari comprendono procedure meno complesse ma comunque significative che richiedono degenza ospedaliera e un periodo di recupero.



Sussidio Giornaliero in Italia

Per massimo 10 giorni di degenza

Massimale per evento: €400



Sussidio Giornaliero all'Ester

Per massimo 12 giorni di degenza

Massimale per evento: €600



Massimale Annuo Complessivo Daria

Per titolare/nucleo familiare

Prestazioni Post Ricovero

Come per i grandi interventi, anche per gli interventi ordinari è previsto il rimborso delle spese necessarie al recupero post-operatorio entro 60 giorni dalla data dell'intervento, con un massimo complessivo di **€1.800**.

Visite Specialistiche Post-Intervento

Tramite SSN: rimborso integrale del ticket

In rete privata: rimborso del 50% della spesa

Esempio: visita privata €120 → rimborso €60

Massimale annuo: **€200** per titolare/nucleo

Accertamenti Diagnostici Post-Intervento

Tramite SSN: rimborso integrale del ticket

In rete privata: rimborso del 50% della spesa

Esempio: accertamento €250 → rimborso €125

Massimale annuo: **€300** per titolare/nucleo

Prestazioni Fisioterapiche Riabilitative

Tramite SSN: rimborso integrale del ticket

In rete privata: rimborso del 50% della spesa

Esempio: ciclo €500 → restano €250 → rimborso €200 (max)

Massimale annuo: **€200** per titolare/nucleo

Confronto tra Grandi Interventi e Interventi Ordinari

Prestazione	Grandi Interventi	Interventi Ordinari
Diaria giornaliera Italia	€60 x 20gg (€1.200)	€40 x 10gg (€400)
Diaria giornaliera Estero	€100 x 20gg (€2.000)	€50 x 12gg (€600)
Massimale annuo diaria	€3.200	€1.000
Visite post-ricovero	€500	€200
Diagnostica post-ricovero	€1.000	€300
Fisioterapia post-ricovero	€300	€200

Info La struttura differenziata dei massimali riflette la diversa complessità e durata del recupero richiesto dai due tipi di intervento. Gli interventi ordinari, pur essendo procedure significative, generalmente comportano degenze più brevi e un recupero meno impegnativo rispetto ai grandi interventi chirurgici. Tuttavia, entrambe le categorie beneficiano di una copertura che include sia il sostegno economico durante la degenza sia il rimborso delle spese necessarie per un recupero appropriato.

Prestazioni Socio-Sanitarie Assistenziali

Il piano sanitario va oltre le semplici prestazioni mediche, offrendo un sistema completo di assistenza domiciliare e servizi di supporto per chi si trova in condizioni di inabilità temporanea a seguito di dimissione ospedaliera o ricovero prolungato.

Centrale Operativa H24

Tutti i servizi di assistenza post-ricovero sono attivabili attraverso la centrale operativa disponibile 24 ore su 24 al numero verde **800-776418**. Questo servizio garantisce una risposta immediata alle necessità assistenziali.

Prestazioni Assistenziali Post Ricovero

A seguito di dimissione ospedaliera con o senza intervento chirurgico (ricovero di almeno 3 giorni), sono disponibili i seguenti servizi con costo sostenuto direttamente dalla centrale operativa:



Assistenza Infermieristica

Servizio di assistenza infermieristica professionale presso la residenza del paziente

Costo massimo a carico della centrale:
€300/anno



Assistenza Fisioterapica

Trattamenti fisioterapici e riabilitativi eseguiti a domicilio da professionisti qualificati

Costo massimo a carico della centrale:
€500/anno

Servizi per Inabilità Temporanea Certificata

In caso di inabilità temporanea certificata post infortunio/malattia con permanenza a letto non inferiore a 3 giorni, sono disponibili servizi di supporto alla vita quotidiana:



Collaboratrice Domestica

Invio di collaboratrice domestica per un massimo di 12 ore da utilizzare nell'arco di un mese



Consegna Farmaci

Servizio di consegna farmaci a domicilio 1 volta a settimana entro 3 settimane dall'evento



Consegna Spesa

Servizio di consegna spesa a domicilio 2 volte a settimana entro 3 settimane dall'evento



Consegna Documenti Urgenti

Servizio di ritiro e consegna documenti urgenti 1 volta a settimana entro 3 settimane dall'evento

Costo Massimo per Servizi di Inabilità: La centrale operativa garantisce un costo massimo a suo carico pari a **€500 all'anno** per l'insieme dei servizi relativi all'inabilità temporanea.

Assistenza Domiciliare per Inabilità Temporanea

Per situazioni di inabilità temporanea più grave, in cui la persona certificata non è in grado di svolgere senza l'aiuto di terze persone almeno 2 attività ordinarie della vita quotidiana, il piano prevede rimborsi specifici per le spese di assistenza domiciliare socio-sanitaria.

Attività della Vita Quotidiana

L'inabilità si considera tale quando la persona non può svolgere autonomamente almeno 2 delle seguenti attività:

- Lavarsi
- Vestirsi/Svestirsi
- Usare i servizi igienici
- Mobilità (spostarsi tra stanze o interno/esterno)
- Nutrirsi

Tipologie di Assistenza Coperte

Il rimborso è previsto per spese sostenute per assistenza specialistica che include:

- Assistenza infermieristica professionale
- Assistenza fisioterapica
- Servizi di mobilitazione
- Prelievi a domicilio
- Monitoraggio dei parametri vitali

Escluso: Il costo per badanti o assistenti personali non qualificati

Rimborso in Forma Indiretta

Quando si organizza autonomamente l'assistenza, il rimborso copre il 55% delle spese documentate

Esempio: Fatture per €500 → rimborso €275

Rimborso con Cooperative Sociali

Quando i servizi sono erogati tramite cooperative sociali, il rimborso sale all'80% delle spese documentate

Esempio: Fatture per €500 → rimborso €400

Vantaggi dell'Utilizzo di Cooperative Sociali

Il maggior rimborso previsto per i servizi erogati tramite cooperative sociali (80% contro 55%) riflette l'importanza di supportare il settore cooperativo sociale e garantisce:

1

2

Qualità certificata

Operatori formati e qualificati con competenze specifiche nell'assistenza socio-sanitaria

Affidabilità

Strutture organizzate con continuità del servizio e sostituzioni garantite in caso di necessità

3

4

Maggior risparmio

Il 25% in più di rimborso rappresenta un vantaggio economico significativo per le famiglie

Sostegno al settore

Valorizzazione del terzo settore e delle cooperative sociali che operano nel territorio

① Massimale Annuo Complessivo: Il massimale per l'assistenza domiciliare socio-sanitaria è di **€700** per titolare/nucleo familiare all'anno.

Questo massimale, combinato con la percentuale di rimborso elevata (specialmente per le cooperative sociali), offre un sostegno concreto alle famiglie che devono gestire situazioni di inabilità temporanea, permettendo di organizzare un'assistenza adeguata senza dover sostenere l'intero costo economico. La distinzione tra forme di erogazione incentiva l'utilizzo di strutture professionali e qualificate, garantendo al contempo la libertà di scelta per le famiglie.

Servizi Legati all'Adesione alla Mutua

L'iscrizione a Mutua Nuova Sanità non si limita ai soli rimborsi sanitari, ma include una serie di servizi accessori e agevolazioni che arricchiscono significativamente il valore complessivo del piano sanitario, offrendo supporto quotidiano e accesso privilegiato a reti convenzionate.

Rete Convenzionata MNS

Accesso a tariffari agevolati per prestazioni specialistiche, diagnostiche e fisioterapiche presso strutture convenzionate in tutta Italia. L'agevolazione è **fruibile con presentazione della tessera associativa** ed è **estesa gratuitamente al nucleo familiare**, anche se non iscritto al piano rimborsuale.

Tutte le strutture sono consultabili su www.mutuanuovasanita.it - previa registrazione

Se impossibilità a registrarsi è possibile richiedere elenco strutture convenzione inviando una mail a info@mutuanuovasanita.it

Tessera Digitale - inquadra il QR CODE per scaricare la tessera in formato digitale



Servizi della Centrale Medica H24 - numero verde 800-776418



Consulenza Medica 24/7

Centrale medica operativa 24 ore su 24 per consulenza medica telefonica e, se necessario, invio di medico o pediatra a domicilio



Videoconsulta Post-Dimissione

Possibilità di videoconsulta con medico o pediatra a seguito di dimissione ospedaliera per monitoraggio e supporto



Trasporto in Ambulanza

Trasporto da struttura sanitaria a residenza o viceversa per ricovero o rientro da ricovero. Costo a carico della centrale medica entro massimo 1.000 km tra andata e ritorno

Copertura Medica in Orari Scoperti

Un servizio particolarmente prezioso è l'invio di medico o pediatra a domicilio in orari di mancata copertura del medico di base:

- Orario notturno
- Giorni prefestivi
- Giorni festivi
- Weekend

Questo servizio garantisce assistenza medica immediata anche quando il proprio medico curante non è disponibile, evitando accessi non necessari al pronto soccorso per situazioni che richiedono comunque valutazione medica urgente.

L'insieme di questi servizi trasforma l'adesione alla Mutua in un pacchetto completo di protezione sanitaria.

Info La disponibilità 24/7 della centrale operativa, l'accesso alle reti convenzionate con tariffe agevolate, e la possibilità di ottenere assistenza medica a domicilio in orari scoperti rappresentano un valore aggiunto significativo che aumenta la tranquillità e la sicurezza sanitaria di tutta la famiglia.

Prestazioni Socio-Sanitarie Assistenziali

Novità dal 2026

Dal 01.01.2026 sono attive le seguenti nuove garanzie assistenziali:



Second Opinion

Offre all'Assicurato, già in possesso di una diagnosi o di un piano terapeutico per una grave condizione di salute, la possibilità di ottenere una valutazione clinica aggiuntiva. Attraverso la Centrale Operativa di Blue Assistance, l'Assicurato riceve indicazioni sulla documentazione necessaria, che verrà poi condivisa – tramite il medico curante – con gli specialisti di riferimento. Se ritenuta appropriata, la richiesta viene inoltrata a centri medico-scientifici d'eccellenza, che elaborano una seconda opinione scritta dopo un'analisi approfondita del caso. Il servizio è disponibile dal lunedì al venerdì, dalle 9:00 alle 18:00, esclusi i festivi infrasettimanali.



Rientro del convalescente

Prevede l'organizzazione del ritorno alla residenza dell'Assicurato che, durante un viaggio e in seguito a un ricovero, non sia in grado di rientrare con il mezzo inizialmente previsto. Su valutazione congiunta dei medici della Centrale Operativa e del medico curante locale, viene disposto il trasferimento con il mezzo più idoneo (aereo di linea, treno, autoambulanza o altro). Se necessario, l'Assicurato è assistito da personale medico o paramedico; in alternativa può essere accompagnato da un familiare che viaggiava con lui.

Estensione ai Familiari

Tutte le prestazioni assistenziali attivabili tramite CENTRALE OPERATIVA E LE AGEVOLAZIONI (SCONTISTICA) NEI CENTRI CONVENZIONATI sono **estese in forma gratuita ai familiari conviventi**, intesi come:

**Coniuge o convivente
more-uxorio**

**Figli conviventi da
stato di famiglia**

Senza limiti di età

Anche se non fiscalmente a carico

**Anche se non iscritti al piano
rimbursuale**



Questa estensione familiare rappresenta un valore aggiunto significativo, garantendo protezione e supporto all'intero nucleo familiare convivente in momenti di difficoltà, indipendentemente dalla sottoscrizione individuale al piano sanitario.

Modalità per Richiedere il Rimborso

Mutua Nuova Sanità offre diverse modalità per richiedere i rimborsi, garantendo flessibilità e facilità di accesso. È fondamentale seguire correttamente le procedure per assicurare una gestione rapida ed efficiente delle pratiche.

Registrazione all'Area Rimborsi (Consigliata)

Accedere al sito www.mutuanuovasanita.it e completare la registrazione seguendo la procedura guidata nell'Area Rimborsi dedicata

Invio Documentazione via Email

Inviare la documentazione completa all'indirizzo rimborsi@mutuanuovasanita.it

Invio Documentazione via WhatsApp

numero dedicato **320.0313060** da utilizzare per inviare i soli documenti rimborsuali

ⓘ **Importante:** Per le richieste inviate tramite email o WhatsApp è **sempre necessario allegare il modulo di richiesta rimborso spese sanitarie/sussidi**, compilato in ogni sua parte e debitamente sottoscritto. La mancata presentazione del modulo comporta la non presa in carico della richiesta. IL MODULO E' SCARICABILE DALL'HOME PAGE DEL SITO

N.B. : il numero WHATSAPP non può essere utilizzato per richiedere informazioni

Vantaggi della Registrazione Online

La registrazione all'Area Rimborsi sul sito web offre numerosi vantaggi:



Caricamento Diretto

Possibilità di caricare direttamente i documenti necessari per il rimborso senza dover compilare moduli cartacei



Monitoraggio Pratica

Verifica in tempo reale dello stato di avanzamento della propria pratica di rimborso



Interazione Diretta

Possibilità di comunicare direttamente con l'Ufficio Rimborsi per chiarimenti o integrazioni



Storico Completo

Accesso allo storico di tutte le pratiche presentate e ai relativi esiti

Gestione del Nucleo Familiare

In caso di estensione della copertura rimborsuale al nucleo familiare:

- Ogni associato **maggiorenne** deve crearsi un proprio profilo personale nell'area web
- I **figli minorenni** sono automaticamente legati al profilo del titolare di polizza
- Ogni membro della famiglia può gestire autonomamente le proprie richieste di rimborso

Regole Importanti



Una Modalità per Pratica

Per ciascuna pratica rimborsuale deve essere utilizzata **una sola modalità d'invio**. Non inviare la stessa documentazione attraverso canali multipli per evitare duplicazioni di protocolli e ritardi nella gestione.

Documentazione Completa

Assicurarsi sempre di allegare tutta la documentazione richiesta per la specifica prestazione. Pratiche incomplete richiedono integrazioni che allungano i tempi di liquidazione.

ⓘ La varietà di canali disponibili (area web, email, WhatsApp) garantisce che ogni associato possa scegliere la modalità più comoda per le proprie esigenze

La registrazione online, pur non essendo obbligatoria, rappresenta la soluzione più moderna e vantaggiosa per un controllo completo e autonomo del proprio percorso di rimborso.

Documentazione Necessaria per i Rimborsi

La corretta presentazione della documentazione è fondamentale per ottenere i rimborsi entro le tempistiche previste. Ogni tipologia di prestazione richiede documenti specifici

Documentazione per Prestazioni Specialistiche e Diagnostiche

Impegnativa Medica

Copia dell'impegnativa del medico curante, specialista o professionista sanitario. **Importante: fare copia prima di effettuare l'esame** poiché spesso viene ritirata dalla struttura

Fattura o Ricevuta Ticket

Copia della fattura e/o ricevuta del ticket pagato, che deve riportare:

- Numero di ricevuta
- Estremi del pagamento
- Dati anagrafici completi dell'assistito
- Codice fiscale

Pagamento Tracciabile (Prestazioni Private)

Per prestazioni in rete privata è obbligatorio allegare copia del pagamento tracciabile (bonifico, carta di credito, assegno). I pagamenti in contanti non sono accettati per le prestazioni private.

Nota Importante: Il nominativo del medico che rilascia la prescrizione **non può coincidere** con il nominativo del medico che emette la fattura. Questa regola previene possibili conflitti di interesse e garantisce l'appropriatezza della prestazione.

Documentazione per Altre Prestazioni

Per prestazioni specifiche previste nel piano sanitario, la documentazione richiesta può variare ed è specificata in ciascuna voce di garanzia. Alcuni esempi:

Tipo di Prestazione

Terapie riabilitative post-infortunio

Presidi ortopedici e ausili

Latte non materno

Accertamenti particolari in gravidanza / PMA

Ricovero ospedaliero

Documentazione Aggiuntiva

Certificato Pronto Soccorso + attestazione assenza dal lavoro superiore a 7 giorni

Prescrizione medica + scontrino parlante di rivenditore autorizzato

Documentazione medica + scontrino parlante con codice fiscale

Documentazione medica specifica + documentazione di pagamento

Lettera di dimissione + eventuale cartella clinica

Facoltà di Richiesta Integrazioni

Mutua Nuova Sanità si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione rispetto a quanto indicato, al fine di valutare correttamente la rimborsabilità delle spese presentate e garantire la conformità con il piano sanitario.

Questa clausola permette all'ente di approfondire situazioni particolari o casi che richiedono verifiche aggiuntive, assicurando che i rimborsi vengano erogati in modo appropriato e conforme alle regole del piano.

Consigli per una Documentazione Perfetta

- Conservare sempre copia di tutti i documenti medici e fiscali
- Verificare che tutti i dati anagrafici siano completi e leggibili
- Assicurarsi che le date siano coerenti tra prescrizione, prestazione e pagamento
- Per prestazioni private, utilizzare sempre metodi di pagamento tracciabili
- Scansionare o fotografare i documenti con buona qualità prima dell'invio
- Organizzare la documentazione per pratica, evitando invii multipli per la stessa richiesta



Tempistiche di richieste rimborso e

Una gestione efficace del piano sanitario richiede una chiara comprensione delle tempistiche per richiedere e ottenere i rimborsi

Tempistiche per la Richiesta di Rimborso

Termine di Presentazione

I rimborsi devono essere richiesti **entro 2 mesi (60 giorni)** dalla data di pagamento della prestazione.

Scadenza Annuale

L'invio della documentazione relativa all'annualità è richiesto **entro il 31 gennaio dell'anno successivo**.

- Importante:** La scadenza del 31 gennaio è vincolante per permettere a Mutua Nuova Sanità di adempiere agli obblighi fiscali e amministrativi, inclusa la trasmissione dei dati all'Agenzia delle Entrate per il 730 Precompilato.

Tempi di Liquidazione

60 gg. fine mese presa in carico

È il tempo massimo per la liquidazione del rimborso. Il conteggio inizia dalla data di ricezione della documentazione completa.

Per le pratiche incomplete, il termine di liquidazione decorre dalla data di ricezione dell'ultima integrazione documentale richiesta.

Estratto Conto

Al termine dell'elaborazione della pratica, o comunque a fine anno, è possibile ottenere un documento riepilogativo fondamentale per la dichiarazione dei redditi:



Accesso Online

Se registrati all'area rimborsi, il documento può essere scaricato accedendo a:

**PRESTAZIONI INDIRETTE → RIEPILOGHI ANNUALI
DEI RIMBORSI IN FORMA DIRETTA**



Richiesta via Email

In alternativa, l'estratto conto riepilogativo può essere richiesto inviando una email a:

rimborsi@mutuanuovasanita.it

Utilizzo per la Dichiarazione dei Redditi

L'estratto conto riepilogativo è utile in sede di dichiarazione dei redditi per la **detrazione d'imposta del 19%** sulla parte di spese sanitarie eventualmente non rimborsata e rimasta a carico dell'assistito.

• Come funziona:

- Le spese sanitarie sono detraibili al 19% nella dichiarazione dei redditi
- Sono detraibili solo gli importi effettivamente rimasti a carico del contribuente
- L'estratto conto di Mutua certifica quanto è stato rimborsato
- La differenza tra spesa totale e rimborso può essere inserita nel 730

• Esempio Pratico

Spesa per visita specialistica: €150

Rimborso MNS

Rimborso da Mutua: €90

Importo Detraibile

Parte a carico: €60

Detrazione 19%: €11,40

Marca da Bollo e Rimborsi

Come indicato nella sezione documentazione, le fatture esenti IVA superiori a €77,47 devono riportare la marca da bollo di €2,00. **L'importo dell'imposta di bollo non viene rimborsato** da Mutua Nuova Sanità, rimanendo sempre a carico dell'assistito.

La combinazione tra rimborsi della Mutua e possibilità di detrazione fiscale sulla parte residua garantisce un doppio vantaggio economico, massimizzando il risparmio sulle spese sanitarie sostenute nell'anno. È quindi importante conservare tutta la documentazione e richiedere l'estratto conto annuale per una dichiarazione dei redditi completa e corretta.

Modalità di Utilizzo delle Garanzie

Il piano sanitario offre due modalità principali per accedere alle prestazioni: l'assistenza diretta attraverso strutture convenzionate e l'assistenza indiretta in libera scelta. Comprendere le differenze e i vantaggi di ciascuna modalità è fondamentale per ottimizzare i benefici del piano.

Assistenza Diretta - Rete Convenzionata

Nella modalità di assistenza diretta, il richiedente paga solo la franchigia prevista alla struttura convenzionata, mentre Mutua Nuova Sanità liquida direttamente l'importo residuo alla struttura.

Ricerca Struttura

Accedere all'area rimborsi su www.mutuanuovasanita.it e cercare strutture convenzionate nella sezione "PRESTAZIONI DIRETTE - CERCA UNA STRUTTURA"

Prenotazione

Contattare AUTONOMAMENTE il centro per fissare l'appuntamento (non prima di 2-3 giorni, salvo urgenze) comunicando di essere socio MNS

Richiesta Autorizzazione

Collegarsi all'area rimborsi e richiedere l'autorizzazione indicando data dell'appuntamento e caricando copia della prescrizione medica

Conferma e Accesso

Entro 2 giorni MNS invia via email il documento di autorizzazione da presentare alla struttura con indicazione della franchigia da pagare

 **Importante:** L'accesso diretto è consentito solo agli iscritti al piano rimborsuale: titolare/lavoratore e familiari se regolarmente iscritti. È necessario allegare copia della prescrizione medica per tutte le prestazioni dirette (non richiesta per le campagne di prevenzione).

Vantaggi dell'Assistenza Diretta



Nessun Anticipo

Non occorre sborsare l'importo totale della prestazione ma solo la franchigia prevista



Beneficio Immediato

Il risparmio è immediato senza dover anticipare somme e attendere le tempistiche di rimborso



Qualità Garantita

Strutture selezionate e convenzionate con standard qualitativi certificati



Assistenza Indiretta e Libera Scelta

Nell'assistenza indiretta, il richiedente si avvale di un medico o struttura in libera scelta, paga l'intera prestazione e successivamente richiede il rimborso secondo le modalità indicate nel piano sanitario.

Vantaggi

- Libertà di scegliere il proprio medico specialista di fiducia
- Possibilità di mantenere la continuità con professionisti già conosciuti
- Accesso a strutture non convenzionate se preferite
- Utile quando si esaurisce il massimale dell'assistenza diretta

Considerazioni

- Necessità di anticipare l'intero importo
- Attesa dei tempi di rimborso (max 60 giorni)
- Possibili scoperte o franchigie maggiori

Strutture Convenzionate e Agevolazioni

È importante distinguere tra:

Assistenza Diretta con Presa in Carico

In queste strutture è possibile attivare la procedura di presa in carico, pagando solo la franchigia mentre MNS salda direttamente il resto. Disponibile solo per strutture selezionate.

Convenzione con Tariffe Agevolate

In TUTTE le strutture convenzionate con MNS è comunque possibile eseguire prestazioni a tariffe calmierate presentando la tessera associativa, per poi richiedere il rimborso.

L'estensione delle agevolazioni con scontistica anche ai familiari conviventi non iscritti al piano rimborsuale rappresenta un valore aggiunto significativo. Mostrando la tessera associativa, anche chi non è iscritto può beneficiare delle tariffe agevolate, pur non potendo poi richiedere il rimborso.

Strategia di Utilizzo Ottimale

Per massimizzare i benefici del piano sanitario:

1. **Privilegia l'assistenza diretta** quando disponibile per massimizzare il risparmio immediato
2. **Utilizza la libera scelta** per professionisti di fiducia o quando l'assistenza diretta non è disponibile
3. **Sfrutta le convenzioni** quando il massimale dell'assistenza diretta è esaurito



Estensione al Nucleo Familiare ed Esclusioni

Il piano sanitario offre la possibilità di estendere volontariamente la copertura rimborsuale al proprio nucleo familiare convivente, garantendo protezione sanitaria all'intera famiglia con un contributo integrativo accessibile.

Estensione Volontaria al Nucleo Familiare

Versando un contributo integrativo volontario, è possibile estendere al nucleo familiare convivente le garanzie rimborsuali previste nel piano sanitario, includendo rimborsi per prestazioni private in libera scelta o in accredito diretto e rimborso prestazioni SSN entro i massimali indicati.

Costi di Estensione

€. 120 per Coniuge/Convivente

All'anno per coniuge o convivente more-uxorio da stato di famiglia

Frazionabile: €10/mese

€. 96 cad. Figlio Convivente

All'anno per ciascun figlio convivente da stato di famiglia, senza limiti d'età

Frazionabile: €8/mese

Il contributo è frazionabile mensilmente con trattenuta in busta paga, rendendo l'estensione economicamente accessibile e gestibile nel budget familiare.

Modalità e Tempistiche di Adesione

- Importante:** L'adesione del nucleo familiare deve essere **contestuale a quella del titolare**. Se non effettuata all'iscrizione iniziale, l'estensione può avvenire solo al rinnovo annuale del piano.

Prestazioni Escluse dall'Estensione

Alcune prestazioni specifiche sono riservate esclusivamente ai titolari di copertura (lavoratori dipendenti della cooperativa sociale):



Maternità e Gravidanza

Tutti i sussidi e rimborsi legati alla gravidanza, inclusi ecografie, visite, accertamenti particolari e sussidio per latte non materno sono riservati alle lavoratrici titolari



Sussidi Solidaristici

il sussidio solidaristico per cicli di chemio-radioterapia, sono garantite solo ai lavoratori titolari

Massimali per Nucleo Familiare

In caso di estensione della copertura al nucleo familiare, i massimali annui garantiti restano invariati e sono da intendersi **per nucleo familiare**, salvo diverse specifiche indicate nel piano (come esami di laboratorio e il massimale per le visite specialistiche).

Vantaggi dell'Estensione Familiare

- Protezione completa** - Tutti i membri della famiglia beneficiano delle stesse garanzie
- Costo contenuto** - Contributi accessibili con possibilità di frazionamento mensile
- Gestione unificata** - Unica polizza per tutta la famiglia
- Accesso alle convenzioni** - Tutti possono utilizzare la rete convenzionata
- Tranquillità familiare** - Copertura per imprevisti di salute di qualsiasi membro

L'estensione volontaria al nucleo familiare trasforma il piano sanitario individuale in una protezione completa per l'intera famiglia, offrendo sicurezza e serenità nella gestione della salute di tutti i membri conviventi. La flessibilità del frazionamento mensile rende questa opzione accessibile, permettendo di costruire un vero e proprio ombrello di protezione sanitaria familiare con un investimento contenuto e gestibile.



Prestazioni ed Esclusioni Generali

Il piano sanitario esclude espressamente alcune categorie di prestazioni:



Medicine Non Convenzionali

Medicina legale, medicina dello sport, medicina del lavoro, medicina estetica, agopuntura (salvo scopo terapeutico previsto), chiropratica, cure termali, iridologia, omeopatia, podologia e quanto non riconosciuto dalla medicina ufficiale



Certificazioni e Brevetti

Visite per rilascio di brevetti e abilitazioni di qualsiasi tipo, visite per rilascio di patenti di qualsiasi tipo e genere



Farmaci e Vaccini

Spese per acquisto di farmaci e vaccini di qualsiasi tipo e genere (salvo specifiche eccezioni indicate nel piano come il latte non materno)



Altre Esclusioni

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

- Il Piano Sanitario CCNL Cooperative Sociali gestito da Mutua Nuova Sanità rappresenta uno strumento completo e articolato di tutela della salute, che combina rimborsi economici, assistenza diretta, servizi accessori e possibilità di estensione familiare, offrendo ai lavoratori delle cooperative sociali e alle loro famiglie una protezione sanitaria flessibile e accessibile.

Modulo Autorizzazione per Accesso ai Pacchetti di Prevenzione Salute



DA CARICARE IN AREA PRIVATA RIMBORSI

PRESTAZIONI DIRETTE - RICHIEDI AUTORIZZAZIONE NEL CAMPO 'PRESCRIZIONE MEDICA'

Dati Personalni

COGNOME: _____

E-mail: _____

NOME: _____

Aderente tramite Coop.va Sociale: _____

Contatto telefonico: _____

PRESTAZIONE DA AUTORIZZARE

(1 prestazione a scelta in forma gratuita previa autorizzazione per 1 volta/anno)

Barrare la prestazione prenotata:

VISITA GINECOLOGICA CON ECOGRAFIA

VISITA SENOLOGICA

ECOGRAFIA MAMMARIA

VISITA UROLOGICA

ECOGRAFIA APPARATO URINARIO / ADDOME
COMPLETO

VISITA PROCTOLOGICA

Dettagli Appuntamento

DATA APPUNTAMENTO: _____

C/O CENTRO CONVENZIONATO: _____

Firma

DATA: _____

firma: _____

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

I Grandi Interventi Chirurgici sono procedure complesse che beneficiano di una tutela sanitaria specifica. Per questi interventi è previsto un sussidio giornaliero durante il ricovero e una copertura completa per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e prestazioni fisioterapiche nei 60 giorni successivi alla dimissione.

Importante: La copertura attualmente NON include il rimborso del costo della prestazione chirurgica stessa, ma garantisce il sostegno economico durante il ricovero e l'assistenza post-operatoria.

Di seguito, la lista completa dei 70 grandi interventi chirurgici, organizzati per specialità medica:

NEUROCHIRURGIA

1. Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
2. Interventi di cranioplastica
3. Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
4. Asportazione tumori dell'orbita
5. Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
6. Interventi per ernia del disco e/o per mielopatia di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
7. Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

1. Interventi per neoplasie del globo oculare
2. Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

1. Asportazione di tumori maligni del cavo orale
2. Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
3. Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
4. Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
5. Ricostruzione della catena ossiculare
6. Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
7. Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

1. Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
2. Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

1. Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
2. Interventi per fistole bronchiali
3. Interventi per echinococcosi polmonare
4. Pneumectomia totale o parziale
5. Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

1. Interventi sul cuore per via toracotomica
2. Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
3. Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
4. Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
5. Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
6. Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
7. Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

1. Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
2. Interventi con esofagoplastica
3. Intervento per mega-esofago
4. Resezione gastrica totale
5. Resezione gastro-digiunale
6. Intervento per fistola gastro-digiunocolica
7. Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
8. Interventi di amputazione del retto-ano
9. Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
10. Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
11. Drenaggio di ascesso epatico
12. Interventi per echinococcosi epatica
13. Resezioni epatiche
14. Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
15. Interventi chirurgici per ipertensione portale
16. Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
17. Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
18. Interventi per neoplasie pancreatiche UROLOGIA
19. Nefroureterectomia radicale
20. Surrenalectomia
21. Interventi di cistectomia totale
22. Interventi ricostruttivi vesicali con o senza uretersigmoidostomia
23. Cistoprostatovesicicolectomia
24. Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
25. Interventi di orchiectomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

1. Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfoadenectomia
2. Vulvectomy radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica
3. Intervento radicale per tumori vaginali con linfoadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

1. Interventi per costola cervicale
2. Interventi di stabilizzazione vertebrale
3. Interventi di resezione di corpi vertebrali
4. Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
5. Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
6. Interventi di protesiizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA

1. Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy)
2. Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
3. Correzione chirurgica di megauretere congenito
4. Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

1. Tutti

CHIRURGIA GENERALE

1. Mastectomia unilaterale e/o bilaterale e ulteriori interventi ricostruttivi



SOCIETA DI MUTUO SOCCORSO MUTUA NUOVA SANITA' ETS

VIA KENNEDY, 15
42124 REGGIO EMILIA

www.mutuanuovasanita.it - info@mutuanuovasanita.it

📞 0522.325110