



GULLIVER DIPENDENTI

PIANO
SANITARIO
2026



Indice

SINTESI PIANO	3
VISITE SPECIALISTICHE	6
AREA DIAGNOSTICA	8
PRONTO SOCCORSO	11
AREA RICOVERI	12
LENTI DA VISTA	14
RIABILITAZIONE	15
AREA DOMICILIARITÀ	17
AREA GENITORIALITÀ	23
ODONTOIATRIA	25
AREA PREVENZIONE	28
RICHIESTA RIMBORSI	30

SINTESI PIANO



Un benefit personale e pagato
dalla Cooperativa.

Per te rimborsi oltre **19.000 €**
e **PREVENZIONE GRATUITA**

Rimborsi Semplici e Veloci
con il Portale SMA con TE

VISITE

SPECIALISTICHE

650 €

Servizio Sanitario Nazionale

RIMBORSO

100%
sul TICKET

Centri Privati Convenzionati
SMA MUSA FIMIV

RIMBORSO

40 €
sul COSTO

Centri Privati
NON Convenzionati

RIMBORSO

20%
60 € Franchigia

AREA

DIAGNOSTICA



STRUMENTALE
MASSIMALE ANNUO

5.000 €

ESAMI CLINICI
DI LABORATORIO
MASSIMALE ANNUO

800 €

Servizio Sanitario Nazionale

RIMBORSO

100%
sul TICKET

Centri privati convenzionati
SMA MUSA FIMIV

RIMBORSO

40 €
sul COSTO

Centri privati non convenzionati

RIMBORSO

20%
60 € Franchigia

MASSIMALE ANNUO

500 €



Visite, Esami, Diagnostica

RIMBORSO

100%
sul TICKET

**PRONTO
SOCCORSO**

AREA

RICOVERI

MASSIMALE ANNUO



6.700 €



SUSSIDIO
GIORNALIERO



RIMBORSI
SPESE SANITARIE

RIABILITAZIONE

CICLI DI TERAPIE CONSERVATIVE
E RIABILITATIVE

MASSIMALE ANNUO



400 €



Servizio Sanitario Nazionale

RIMBORSO

100%

sul TICKET



Centri Privati Convenzionati
SMA MUSA FIMIV e NON

RIMBORSO

100 €

50 € Franchigia a CICLO

LENTI DA VISTA



RIMBORSO

50 €

sul COSTO

AREA

DOMICILIARITÀ

MASSIMALE ANNUO



3.000 €



Servizio Sanitario Nazionale

RIMBORSO

100%

sul TICKET



Centri Privati Convenzionati
SMA MUSA FIMIV e NON

RIMBORSO

50%



**PIANO
ASSISTENZA
ALLA
PERSONA**

AREA GENITORIALITÀ

MASSIMALE ANNUO

850 €



Procreazione
Medicalmente
Assistita

RIMBORSO

400 €

+



Gravidanza

RIMBORSO

200 €

+



Maternità
Paternità

RIMBORSO

250 €

AREA PREVENZIONE



1 PRESTAZIONE
GRATUITA



1 ABLAZIONE
GRATUITA

ODONTOIATRIA

Centri Privati Convenzionati
SMA/MUSA/FIMIV
e **NON CONVENZIONATI**
e **TICKET SSN**



MASSIMALE ANNUO

1.520 €



Ablazione del Tartaro

RIMBORSO

20 €

+



Cure Odontoiatriche

RIMBORSO

1.000 €

a seguito
INFORTUNIO

+



Implantologia

RIMBORSO

300 €

+



Odontoiatria

RIMBORSO

200 €

VISITE SPECIALISTICHE

MASSIMALE ANNUO

650 €



Servizio Sanitario Nazionale

RIMBORSO

100%
sul TICKET



Centri Privati Convenzionati
SMA MUSA FIMIV

RIMBORSO

40 €
sul COSTO



Centri Privati
NON Convenzionati

RIMBORSO

20%
60 € Franchigia



PRESTAZIONE

Cosa?

Sono rimborsabili tutte le visite specialistiche fatta esclusione per quelle attinenti l'emissione di documenti e certificati (**es. visita per patente, visita per inabilità lavorativa, visita per porto d'armi, visita medico sportiva, ecc.**) e quelle specificate nel regolamento.

Come?

È importante e sempre necessario **procacciarsi la prescrizione medica** del medico di base o di uno specialista.

Dove?

Vai dove vuoi: SSN oppure centri privati. Nei centri privati convenzionati SMA MUSA FIMIV hai più vantaggi, scopri l'elenco sul sito www.smamodena.it sezione "vantaggi per i soci".

DOCUMENTI

- **Ricevuta** di pagamento emessa dal centro medico privato.
- **Ticket** del Servizio Sanitario Nazionale.
- **Prescrizione medica** del Medico di base o di uno specialista. Necessario il quesito diagnostico.

RIMBORSO

Come?

Accedi al Portale SMA con TE, compila i campi e allega la documentazione richiesta. Per accedere è necessario registrarsi. Scopri di più sul sito www.smamodena.it

Quando?

Devi chiedere il rimborso preferibilmente entro 90 GIORNI dalla **prestazione medica/pagamento** e comunque entro la fine dell'anno.

Esempio: Prestazione a maggio > Richiesta rimborso entro agosto.

Le richieste di rimborso per le prestazioni pagate dal mese di ottobre devono necessariamente essere inserite entro e non oltre il 31/12 di ogni anno.

IMPORTANTE

Le aree riservate non sono accessibili dal 1/1 fino al 31/1 di ogni anno per permettere a SMA di adempiere agli obblighi fiscali e amministrativi, inclusa la trasmissione dei dati all'agenzia delle entrate per il 730 precompilato.

Dove?

Riceverai il **rimborso direttamente sul tuo conto corrente**.

SMA rimborsa l'assistito direttamente sul conto corrente, entro 45 giorni dalla ricezione della richiesta.

ATTENZIONE

Verifica la sezione "modifica dati personali" sul portale SMA con TE.

Se necessario aggiorna tempestivamente i tuoi dati di contatto e verifica il tuo IBAN.

N.B. LA PRESCRIZIONE MEDICA:

- deve avere una data precedente o coincidente alla data in cui effettivamente si svolge la visita
- deve contenere il **quesito diagnostico** o la eventuale **patologia** anche presunta che ha reso necessario il ricorso alla prestazione e ciò anche al fine di prevenire o curare patologie conseguenti a malattia o ad infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche/ortodontiche.

Non sono ritenute valide diciture generiche contenenti indicazioni quali ad esempio: controllo e/o astenia e/o accertamenti e/o check - up riportanti la semplice sintomatologia di dolore o sinonimo anche associata ad un distretto generico (dolore alla spalla, dolore all'addome, dolore pelvico ecc.). Non sono valide le diciture: gonalgia, cervicalgia, addominalgia (tutto ciò che termina con -algia) se non integrato da specifica patologia o presunta tale.

Alla prescrizione deve essere allegata la documentazione di avvenuto pagamento (fattura e/o ricevuta e/o Ticket) riportante l'indicazione della specialità del medico. La prescrizione medica e il documento relativo al pagamento devono indicare la stessa patologia, cioè devono coincidere.

Il mancato invio iniziale anche di parte della documentazione prevista comporta la decadenza dal diritto al rimborso.

Le visite di area psicologica e psichiatrica sono rimborsabili con il limite di 2 prestazioni all'anno.

La Mutua si riserva la facoltà di richiedere ogni altra documentazione clinica utile per procedere al rimborso a norma del presente regolamento.

NON SONO AMMESSE A RIMBORSO:

- medicina legale
- medicina del lavoro
- medicina estetica
- medicina dello sport
- visite per rilascio patenti, brevetti e abilitazioni
- medicina olistica
- chiropratica
- iridologia
- visite specialistiche effettuate da soggetti NON in possesso di Laurea in Medicina e Chirurgia

AREA DIAGNOSTICA

STRUMENTALE
MASSIMALE ANNUO

5.000 €

ESAMI CLINICI
DI LABORATORIO
MASSIMALE ANNUO

800 €



PRESTAZIONE

Cosa?

Sono rimborsabili solo le prestazioni negli **elenchi prestazioni** per diagnostica strumentale ed esami clinici di laboratorio.

Come?

importante e sempre necessario **procurarsi la prescrizione** medica del medico di base o di uno specialista.

Dove?

Vai dove vuoi: SSN oppure centri privati. Nei centri privati convenzionati SMA MUSA FIMIV hai più vantaggi, scopri l'elenco sul sito www.smamodena.it sezione "vantaggi per i soci".

DOCUMENTI

- **Ricevuta** di pagamento emessa dal centro medico privato.
- **Ticket** del Servizio Sanitario Nazionale.
- **Prescrizione medica** del Medico di base o di uno specialista.

RIMBORSO

Come?

Accedi al Portale SMA con TE, compila i campi e allega la documentazione richiesta. Per accedere è necessario registrarsi. Scopri di più sul sito www.smamodena.it

Quando?

Devi chiedere il rimborso preferibilmente entro 90 GIORNI dalla **prestazione medica/pagamento** e comunque entro la fine dell'anno.

Esempio: Prestazione a maggio > Richiesta rimborso entro agosto.

Le richieste di rimborso per le prestazioni pagate dal mese di ottobre devono necessariamente essere inserite entro e non oltre il 31/12 di ogni anno.

Dove?

Riceverai il rimborso direttamente sul tuo conto corrente.

SMA rimborsa l'assistito direttamente sul conto corrente, entro 45 giorni dalla ricezione della richiesta.

ATTENZIONE

Verifica la sezione "modifica dati personali" sul portale SMA con TE.

Se necessario aggiorna tempestivamente i tuoi dati di contatto e verifica il tuo IBAN.

N.B. LA PRESCRIZIONE MEDICA:

- deve avere una data precedente o coincidente alla data in cui effettivamente si svolge la visita

Alla prescrizione deve essere allegata la documentazione di avvenuto pagamento (fattura e/o ricevuta e/o Ticket) riportante l'indicazione della specialità del medico. La prescrizione medica e il documento relativo al pagamento devono indicare la stessa patologia, cioè devono coincidere.

AREA DIAGNOSTICA

STRUMENTALE
MASSIMALE ANNUO

5.000 €



Servizio Sanitario Nazionale
RIMBORSO

100%
sul TICKET



Centri privati convenzionati
SMA MUSA FIMIV
RIMBORSO

40 €
sul COSTO



Centri privati non convenzionati
RIMBORSO

20%
60 € Franchigia

Il mancato invio iniziale anche di parte della documentazione prevista comporta la decadenza dal diritto al rimborso.

La Mutua si riserva la facoltà di richiedere ogni altra documentazione clinica utile per procedere al rimborso a norma del presente regolamento.

ELENCO PRESTAZIONI

DIAGNOSTICA STRUMENTALE

MASSIMALE ANNUO 5.000€

ALLERGOLOGIA Prick test inalanti/alimenti 1/2 - Prick by Prick - Patch sidapa

ANGIOLOGIA Ecodoppler - Ecocolordoppler TSA/ AI - Sclerosanti

CARDIOLOGIA Ecografia Cardiaca T.S.A. - Ecografia Cardiaca T.S.A. + A.I. - Holter - Monitoraggio pressione per 24 ore

- Prova da sforzo massimale a cicloergometro - Elettrocardiogramma

ECOGRAFIA Esame Ecografico - Esame ecografico polidistrettuale - Ago aspirato ecoguidato

ENDOCRINOLOGIA Ecografia Endocrinologica/ Andrologica - Mineralometria Ossea Computerizzata

GASTROENTEREOLOGIA Eco Addome Completo - Eco Addome Superiore/Inferiore

GINECOLOGIA Colposcopia - Colposcopia con biopsia - Ecografia perineale - Ecografia Transvaginale - Isterosonografia/ Isterosonosalingografia - Applicazione I.U.D.

OCULISTICA Valutazione del Fondo dell'occhio - Pachimetria - campo visivo

OTORINO Tampone Faringeo

PNEUMOLOGIA Prick test - Patch Test - spirometria - polisonnografia

SEZIONE RADIOLOGIA CONVENZIONALE (SEN-

ZA CONTRASTO) Rx mammografia e/o bilaterale - Rx di organo/ apparato - Rx colonna vertebrale

SEZIONE RADIOLOGIA CONVENZIONALE (CON CONTRASTO) Angiografia - Artrografia - Broncografia - Cisternografia - Cistografia - Clisma opaco e/a doppio contrasto - Colangiografia percutanea - Colangiopancreatografia retrograda - Colecistografia - Colonscopia (con asportazione di polipo con un massimo di 8mm di diametro) - Colpografia - Dacriocistografia - Defecografia - Discografia - Esami radiologici apparato circolatorio - Elettromiografia - Fistelografia - Flebografia - Fluorangiografia - Galattografia - Gastrosopia - Linfografia - Mielografia - Pneumoencefalografia - Retinografia - Rx esofago con contrasto opaco/doppio contrasto - Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto - Splenoportografia - Uroflussometria - Ureterosopia - Vesciculodeferentografia - Mineralogia osseo computerizzata

SEZIONE TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) Tac di organi ed apparato con e senza mezzo di contrasto

SEZIONE RISONANZA MAGNETICA (RM) RMN con e senza mezzo di contrasto

SEZIONE PET Tomografia ad emissione di positroni per organo, distretto, apparato - Scintigrafia (medicina nucleare in vivo) per qualunque organo/apparato

SEZIONE DIAGNOSTICA STRUMENTALE Elettroencefalogramma - Monitoraggio continuo ospedaliero (24 ore) della pressione arteriosa

**ESAMI ISTOLOGICI
INFILTRAZIONI**

AREA DIAGNOSTICA

ESAMI CLINICI
DI LABORATORIO
MASSIMALE ANNUO

800 €



Servizio Sanitario Nazionale

RIMBORSO

100%

sul TICKET



Centri privati convenzionati

SMA MUSA FIMIV

RIMBORSO

40 €

sul COSTO



Centri privati non convenzionati

RIMBORSO

20%

60 € Franchigia



ELENCO PRESTAZIONI

**ESAMI CLINICI
DI LABORATORIO**

MASSIMALE ANNUO 800€

SANGUE

URINE

FECI

TAMPONI e MICROBIOLOGIA

PAP TEST, PAPILOMA VIRUS (HPV)

PRONTO SOCCORSO

MASSIMALE ANNUO

500 €



Visite, Esami, Diagnostica

RIMBORSO

100%
sul TICKET



Per accedere al rimborso il socio dovrà inviare attraverso il portale SMA con TE entro **90 giorni dalla data di accesso** al P.S., **copia del REFERTO DI P.S.** medesimo che attesti l'evento occorso, la specifica delle prestazioni eseguite e copia del TICKET quietanzato relativo alle prestazioni eseguite.

Entro 45 giorni dall'invio della richiesta, riceverai il rimborso sul tuo conto corrente.

Saranno riconosciuti sussidiabili i ticket pagati nei **60 giorni successivi l'accesso** al pronto soccorso.

Il mancato invio iniziale anche di parte della documentazione prevista comporta la decadenza dal diritto al rimborso.

ATTENZIONE

Verifica la sezione "modifica dati personali" sul portale SMA con TE.

Se necessario aggiorna tempestivamente i tuoi dati di contatto e verifica il tuo IBAN.

AREA RICOVERI

MASSIMALE ANNUO

6.700 €



**SUSSIDIO
GIORNALIERO**



**RIMBORSI
SPESE SANITARIE**



Sussidi e rimborsi spese in caso di ricovero per grande intervento chirurgico o ricovero per intervento ordinario.

SUSSIDIO GIORNALIERO PER EVENTO

- **RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO ORDINARIO:** sussidio €30/giorno, massimo 10 giorni con carenza dei primi due giorni.
- **RICOVERO CON GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO:** sussidio €50/giorno, massimo 25 giorni con carenza dei primi due giorni.

L'indennità è erogata esclusivamente per il ricovero intervenuto in relazione a malattie per le quali il trattamento terapeutico è possibile soltanto presso Ospedali Pubblici o in Cliniche Private accreditate con il SSN. Il sussidio è riconosciuto esclusivamente nel caso di ricovero subordinato a prestazioni previste nell'elenco **SPESE SANITARIE RIMBORSABILI AREA RICOVERI**.

Per accedere al rimborso: entro 90 giorni dall'avvenuta dimissione caricare sul Portale SMA Con TE la copia della lettera di dimissione ospedaliera dalla quale si evinca:

- Data ingresso
- Data dimissione
- Motivazione del ricovero

RIMBORSI SPESE SANITARIE POST RICOVERO PER EVENTO

In caso di ricoveri con intervento tra quelli compresi nell'elenco **SPESE SANITARIE RIMBORSABILI AREA RICOVERI**, qualora sia necessario effettuare in relazione ad esso esami diagnostici strumentali e di laboratorio, visite specialistiche, fisioterapie è previsto il rimborso delle spese sanitarie con un massimale di €500 per evento (che concorre al massimale complessivo annuo per l'Area Ricoveri) con le seguenti garanzie:

- **100% del Ticket**
- **50% della spesa in regime privato, con franchigia di €100 a carico**

Le prestazioni devono essere svolte entro 120 giorni dalla dimissione ospedaliera a cui sono riferite. Nel caso in cui il ricovero non fosse avvenuto in Ospedali Pubblici o in Cliniche Private accreditate con il SSN, è comunque riconosciuta la possibilità di ottenere i rimborsi spese sanitarie post ricovero.

Per accedere al rimborso: entro 90 giorni dall'avvenuta prestazione sanitaria, caricare sul Portale SMA Con TE:

- referto medico completo di anamnesi e del tipo di intervento praticato e prescrizione medica conseguente e riferita alla prestazione di cui si richiede rimborso;
- documentazione analitica delle spese sostenute (ticket e/o ricevuta di pagamento)

Il mancato invio iniziale anche di parte della documentazione prevista, comporta la decadenza del diritto al rimborso.

Condizione per l'erogazione da parte di SMA è che l'assistito richiedente, alla data di richiesta del sussidio e/o del rimborso, sia iscritto al Fondo Pluriaziendale da almeno sei mesi e che la malattia o la condizione che rende necessaria la prestazione non fosse precedente all'iscrizione e/o cronica.

SMA rimborsa l'assistito direttamente sul conto corrente, entro 45 giorni dalla ricezione della richiesta.

ATTENZIONE

Verifica la sezione “modifica dati personali” sul portale SMA con TE.

Se necessario aggiorna tempestivamente i tuoi dati di contatto e verifica il tuo IBAN.

SPESE SANITARIE RIMBORSABILI AREA RICOVERI

CHIRURGIA GENERALE

- **COLLO:** Tiroidectomia per neoplasie.
- **MAMMELLA:** Mastectomia radicale con linfadenectomie associate, Ricostruzione mammaria post-mastectomia per cancro, comprensivo di protesi, Quadrantectomia per neoplasie, con eventuale **rimodellamento mammario**.
- **ESOFAGO, STOMACO, COLON, PERIONE, PANCREAS, MILZA:** esofagectomia totale o parziale, gastrectomia parziale o totale con eventuale linfadenectomia, By-pass intestinali per il trattamento dell'obesità patologica, neoplasie del pancreas endocrino, resezione gastroduodenale.
- **FEGATO E VIE BILIARI:** colecistostomia per neoplasie non resecabili, trattamenti per neoplasie epatiche con laser/radiofrequenza/radioembolica.

CHIRURGIA TORACOPOLMONARE

Resezione polmonare, pneumonectomia, cisti polmonari, mediastino, pleuropneumonectomia, fistole esofagobronchiali.

GINECOLOGIA

Neoplasie maligne vaginali intervento radicale per linfadenectomia, isterectomia radicale con linfadenectomia, vulvectomia con linfadenectomia inguinale o pelvica.

NEUROCHIRURGIA E OCULISTICA

Neoplasie orbitali, craniotomia a scopo decompressivo o esplorativo/ per ematoma extradurale/ per neoplasie cerebellari, enucleazione globo oculare con impianto di portesi, interventi di neoplasie primarie o secondarie del globo oculare.

OTORINOLARINGOITARIA

Interventi su bocca, laringe e faringe per patologie oncologiche maligne.

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

Aneurismi aorta toracica o addominale/ arterie viscerali o tronchi sovraortici.

UROLOGIA

Neoplasie renali, nefrourectomia radicale, surrenectomia. Cistectomia, estrofia vescicale. Prostatectomia radicale con linfadenectomie, orchietomia monobilaterale.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Coste e sterno interventi per neoplasie maligne, interventi di resezione di corpi vertebrali per neoplasie ossee o forme pseudotumorali della colonna vertebrale. Artroprotesi totale di anca.

CHIRURGIA MAXILLOFACCIALE

Interventi per chirurgia oro maxillofacciale per mutilazioni del viso conseguenti ad infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali del <25%.

TRAPIANTI DI ORGANO

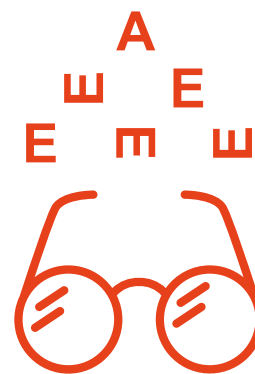
Tutti.

LENTI DA VISTA



RIMBORSO

50 €
sul COSTO



SMA eroga un rimborso a fronte dell'acquisto delle sole lenti correttive annesse a montatura per la correzione di disturbi della vista.

Il contributo è riconosciuto **ogni 2 anni solo in caso di variazione del visus certificato** dal medico oculista e riprodotto sulla certificazione dell'ottico presso cui si acquistano le lenti correttive.

È escluso dal rimborso l'acquisto di lenti a contatto.

IL CONTRIBUTO FORFETTARIO È PARI A 50 €

Per accedere al rimborso è necessaria copia della documentazione fiscale dalla quale si evinca l'acquisto effettuato e che riporti l'imputazione delle singole voci di acquisto (lenti, montatura, accessori) e inoltre

- in caso di **prima** richiesta:
la **prescrizione del medico oculista deve indicare che precedentemente alla visita l'assistito non era portatore di lenti correttive**
- negli altri casi:
la **prescrizione del medico oculista** deve indicare la **patologia** e **dichiarare la variazione del visus intervenuto**.

Invia la richiesta di rimborso **entro 90 giorni** dal saldo delle prestazioni e comunque entro la fine dell'anno.

Entro 45 giorni dall'invio della richiesta, riceverai il rimborso sul tuo conto corrente.

ATTENZIONE

Verifica la sezione "modifica dati personali" sul portale SMA con TE.

Se necessario aggiorna tempestivamente i tuoi dati di contatto e verifica il tuo IBAN.

RIABILITAZIONE

CICLI DI TERAPIE CONSERVATIVE
E RIABILITATIVE

MASSIMALE ANNUO

400 €



Servizio Sanitario Nazionale

RIMBORSO

100%
sul TICKET



Centri Privati Convenzionati
SMA MUSA FIMIV e NON

RIMBORSO

100 €
50 € Franchigia a CICLO



Prestazioni da effettuarsi nel caso di cicli di terapie riabilitative a seguito di:

RICHIESTA DEL MEDICO SPECIALISTA CHE ATTESTI LA NECESSITÀ DI RICORRERE A TERAPIE RIABILITATIVE

Il rimborso è concesso dietro presentazione di:

- certificazione medica che attesti la patologia accertata e la necessità del ricorso a prestazioni riabilitative.

In questo caso **non** è richiesta l'assenza lavorativa e/o malattia

- referto dell'accertamento diagnostico che attesti la sussistenza di tale patologia

MALATTIA TEMPORANEAMENTE INVALIDANTE

Il rimborso è concesso dietro presentazione di:

- certificazione medica che attesti la patologia accertata
- referto dell'accertamento diagnostico che attesti la sussistenza di tale patologia
- certificazione medica che attesti la necessità del ricorso a prestazioni riabilitative
- il rimborso è riconosciuto per prestazioni effettuate esclusivamente a fini riabilitativi e

regolarmente prescritti dal Medico di Medicina Generale o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e che attestino la temporanea inabilità alla prestazione lavorativa

INFORTUNIO SUL LAVORO ED EXTRA-LAVORO

Il rimborso è concesso previa presentazione del certificato di Pronto Soccorso che attesti l'infortunio, e che questo sia avvenuto successivamente alla data di iscrizione alla SMA.

- Il rimborso è riconosciuto per prestazioni effettuate esclusivamente a fini riabilitativi e regolarmente prescritti dal Medico di Medicina Generale o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e che attestino la temporanea inabilità alla prestazione lavorativa.
- Ai fini del riconoscimento del rimborso per infortunio, il richiedente dovrà accompagnare la richiesta con una autocertificazione resa ai sensi dell'articolo 46, DPR 28.12.2000 n° 445, con la quale dichiara che non ha richiesto/ottenuto rimborsi da altri soggetti, per le stesse prestazioni economiche che ha richiesto a SMA.

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

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

Le terapie devono essere rese da personale medico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

Entro 45 giorni dall'invio della richiesta, riceverai il rimborso sul tuo conto corrente.

Il mancato invio iniziale anche di parte della documentazione prevista comporta la decadenza dal diritto al rimborso.

Il pagamento del rimborso sarà effettuato a presentazione della fattura finale di saldo riportante gli importi corrisposti in acconto.

La Mutua si riserva la facoltà di richiedere ogni altra documentazione clinica o anche aziendale utile per procedere al rimborso a norma del presente regolamento.

ATTENZIONE

Verifica la sezione "modifica dati personali" sul portale SMA con TE.

Se necessario aggiorna tempestivamente i tuoi dati di contatto e verifica il tuo IBAN.

ELENCO DEI TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIABILITATIVI RIMBORSABILI

MASSOTERAPIA

RIABILITAZIONE PAVIMENTO PELVICO

STIMOLAZIONE FUNZIONALE MAGNETICA

TECARTERAPIA

IDROKINESI TERAPIA

OSTEOPATIA

RIEDUCAZIONE MOTORIA



AREA DOMICILIARITÀ

MASSIMALE ANNUO

3.000 €



Servizio Sanitario Nazionale

RIMBORSO

100%
sul TICKET



Centri Privati Convenzionati
SMA MUSA FIMIV e NON

RIMBORSO

50%



**PIANO
ASSISTENZA
ALLA
PERSONA**



Il mancato invio iniziale anche di parte della documentazione prevista comporta la decadenza dal diritto al rimborso.

La SMA si riserva la facoltà di richiedere ogni altra documentazione clinica utile per procedere al rimborso a norma del presente regolamento.

Invia la richiesta di rimborso entro 90 giorni dal saldo delle prestazioni e comunque entro la fine dell'anno. Entro 45 giorni dall'invio della richiesta, riceverai il rimborso sul tuo conto corrente.

ATTENZIONE

Verifica la sezione "modifica dati personali" sul portale SMA con TE.

Se necessario aggiorna tempestivamente i tuoi dati di contatto e verifica il tuo IBAN.

ACCESSO A SERVIZI DEL SNN

MASSIMALE ANNUO 1.000€

RIMBORSO 100%

In caso di malattia invalidante temporanea o permanente e conseguente necessità di assistenza sanitaria, infermieristica e fisioterapica e/o prestazioni socio-sanitarie assistenziali a domicilio spetta un rimborso del **100%** del ticket fino a un massimo di **1.000,00 €** nell'anno civile.

Sono considerati interventi di assistenza sanitaria domiciliare le prestazioni fornite da medici in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia e/o da infermieri e/o da fisioterapisti specializzati e/o Operatori Socio Sanitari.

Sono considerate prestazioni socio-sanitarie assistenziali le seguenti attività:

- assistenza/vestizione, sollevamento da letto o poltrona e ricollocazione
- cura del corpo con intervento igienico personale
- fare la spesa ed eseguire inderogabili commissioni semplici (posta, banca e simili)
- preparare e somministrare pasti

Il rimborso verrà liquidato solo se tutte le spese sostenute saranno dettagliatamente documentate e in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibili alla patologia in atto.

La richiesta di rimborso dovrà essere accompagnata dalla prescrizione medica rilasciata dal medico curante o dallo specialista che attesti la necessità di effettuare tali prestazioni a domicilio e della impossibilità ad effettuarle presso la struttura sanitaria.

Per inabilità fisica temporanea si intende l'impossibilità di svolgere senza l'assistenza di una terza persona almeno tre delle seguenti attività ordinarie:

- lavarsi (bagno o doccia)
- vestirsi e svestirsi
- usare i servizi igienici
- mobilità (deambulare da una stanza all'altra)
- nutrirsi (capacità di consumare cibo e bere)
- isolamento domiciliare

ACCESSO A SERVIZI PRIVATI

CONVENZIONATI SMA MUSA FIMIV E NON

MASSIMALE ANNUO 1.000€

RIMBORSO 50%

Al socio, nel solo caso in cui sia colpito da malattie invalidanti temporanee o permanenti e necessiti di assistenza sanitaria (visite specialistiche) infermieristica e fisioterapica, e/o prestazioni socio-sanitarie assistenziali a domicilio spetta un rimborso pari al **50%** delle spese sostenute fino ad un massimo di **1.000,00 €** nell'anno civile.

Compreso a rimborso l'accesso a sportelli di selezione domiciliare: Sportello aMoDo.

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

Sono considerati interventi di assistenza sanitaria domiciliare le prestazioni fornite da medici in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia e/o da infermieri e/o da fisioterapisti specializzati e/o Operatori Socio Sanitari.

Sono considerate prestazioni socio-sanitarie assistenziali le seguenti attività:

- assistenza/vestizione, sollevamento da letto o poltrona e ricollocazione
- cura del corpo con intervento igienico personale
- fare la spesa ed eseguire inderogabili commissioni semplici (posta, banca e simili)
- preparare e somministrare pasti

Il rimborso verrà liquidato solo se tutte le spese sostenute saranno dettagliatamente documentate e in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibili alla patologia in atto.

La richiesta di rimborso dovrà essere accompagnata dalla prescrizione medica rilasciata dal medico curante o dallo specialista che attesti la necessità di effettuare tali prestazioni a domicilio e della impossibilità ad effettuarle presso la struttura sanitaria.

Per inabilità fisica temporanea si intende l'impossibilità di svolgere senza l'assistenza di una terza persona almeno tre delle seguenti attività ordinarie:

- lavarsi (bagno o doccia)
- vestirsi e svestirsi
- usare i servizi igienici
- mobilità (deambulare da una stanza all'altra)
- nutrirsi (capacità di consumare cibo e bere)
- isolamento domiciliare

Il mancato invio iniziale anche di parte della documentazione prevista comporta la decadenza dal diritto al rimborso.

La SMA si riserva la facoltà di richiedere ogni altra documentazione clinica utile per procedere al rimborso a norma del presente regolamento.

Invia la richiesta di rimborso **entro 90 giorni** dal saldo delle prestazioni e comunque entro la fine dell'anno.

Entro 45 giorni dall'invio della richiesta, riceverai il rimborso sul tuo conto corrente.

ATTENZIONE

Verifica la sezione "modifica dati personali" sul portale SMA con TE.

Se necessario aggiorna tempestivamente i tuoi dati di contatto e verifica il tuo IBAN.



ACCESSO AL PIANO ASSISTENZA ALLA PERSONA

PERSONE ASSICURATE

La presente polizza è prestata a favore dei soci e delle socie di SMA e dei **rispettivi nuclei familiari**, i cui dati del caponucleo siano da quest'ultima comunicati a Reale Mutua.

DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA NEI CONFRONTI DI CIASCUN ASSICURATO

Per ciascun socio Assicurato e per il suo nucleo familiare la copertura decorre:

- dalla decorrenza della polizza se già tesserato, fino alla scadenza della stessa;
- dalle ore 24 del giorno di tesseramento fino alla scadenza della polizza come comunicato dal Contraente.

ESTENSIONE TERRITORIALE

Le prestazioni sono valide in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano, ad eccezione dei "Consigli medici telefonici" e del "Videoconsulto con un medico generico o con un pediatra", richiedibili anche dall'estero.

MODALITÀ PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Reale Mutua, per il tramite della Centrale Operativa fornisce le prestazioni di assistenza di seguito indicate. Per poterne usufruire, l'Assicurato stesso, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, deve contattare la Centrale Operativa, funzionante 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, attivabile con le seguenti modalità:

Telefonare

dall'Italia 800 092 092

dall'estero +39 011 74.25.555

Scrivere a

assistenza@blueassistance.it

Comunicare:

- le proprie generalità;
- **il numero di polizza 2023/10/3611745;**
- il tipo di prestazione richiesta;
- il numero di telefono del luogo di chiamata e l'indirizzo, anche temporaneo.

Gli interventi di assistenza devono essere esclusivamente disposti dalla Centrale Operativa pena la decadenza del diritto alla prestazione di assistenza.



QUALI PRESTAZIONI SONO PREVISTE NEL PIANO ASSISTENZA ALLA PERSONA

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, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano, ad eccezione dei "Consigli medici telefonici" e del "Videoconsulto con un medico generico o con un pediatra", richiedibili anche dall'estero.

In caso di malattia o infortunio sono previste le seguenti prestazioni:



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.

CONSULTO MEDICO A SCELTA FRA LE DUE OPZIONI:



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.



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.

COSA NON ASSICURIAMO

ESCLUSIONI

Reale Mutua non eroga le prestazioni 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).

Valgono inoltre le specifiche esclusioni o deroghe eventualmente previste nelle singole garanzie.

GESTIONE DEL SINISTRO

OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Reale Mutua ha facoltà di richiedere qualsiasi documentazione a comprova dell'evento che ha determinato la prestazione fornita, a titolo esemplificativo: copia della denuncia di furto, tentato furto, scasso, rapina o scippo fatta alle Autorità di Pubblica Sicurezza; E non perde il diritto a far valere in qualunque momento ed in ogni caso eventuali eccezioni.

MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

Reale Mutua non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in denaro o in natura in alternativa o a titolo di compensazione in caso di prestazioni non usufruite od usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato o per negligenza di questi. Reale Mutua non assume responsabilità per danni conseguenti a un suo mancato o ritardato intervento dovuto a causa di forza maggiore, a circostanza fortuita e imprevedibile o a disposizioni di autorità locali che vietino l'intervento di assistenza previsto.

EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Nel caso in cui le prestazioni erogate dalla Centrale Operativa superino i massimali previsti o prevedano dei costi a carico dell'Assicurato, quest'ultimo deve concordare con la Centrale Operativa stessa sufficienti garanzie di rimborso. Nel caso in cui l'Assicurato venga autorizzato ad anticipare il costo delle prestazioni garantite in polizza, dovrà inoltrare alla Centrale Operativa le domande di restituzione corredate dai documenti giustificativi in originale.

RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE

Reale Mutua si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato o chi per esso, il rimborso delle spese sostenute in seguito all'erogazione della/e prestazione/i di assistenza che si accertino non essere dovute in base alle Condizioni di Assicurazione.



AREA GENITORIALITÀ

MASSIMALE ANNUO

850 €

Procreazione
Medicalmente
Assistita

RIMBORSO

400 €

+

Gravidanza

RIMBORSO

200 €

+

Maternità
Paternità

RIMBORSO

250 €



PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

MASSIMALE ANNUO 400€

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

RIMBORSO 100% SUL TICKET

Condizione per l'erogazione del sussidio è che il soggetto richiedente il rimborso abbia maturato una pregressa iscrizione al **Fondo sanitario di almeno 6 mesi**.

Per i casi di accertata infertilità, sono rimborsate al **100%** le spese sostenute di compartecipazione per le procedure d'inseminazione e/o fecondazione assistita non effettuate in regime di ricovero continuativo, ovvero in **solo regime ambulatoriale di SSN** (Day Hospital) per le prestazioni di **PMA** con un massimale nella misura di **€ 400,00** per evento e/o per nucleo familiare se ambedue i richiedenti sono aderenti al Fondo.

Rientrano esclusivamente nelle prestazioni sussidiabili:

- Trasferimento embrione (IRH 69.92.5)
- Inseminazione intrauterina omologa (IR 69.92.A)
- Monitoraggio ecografico di ciclo ovulatorio (m1 88.78.1)

Tale massimale deve intendersi anche applicabile al singolo evento anche nel caso in cui il periodo di Procreazione Medicalmente Assistita sia a cavallo di due o più anni.

Per accedere al rimborso il socio dovrà fare avere a SMA **entro 90 giorni** dal rilascio della documentazione fiscale dettagliata nelle singole voci di prestazione, la prescrizione relativa alle prestazioni eseguite rilasciata dal MMG nonché dal medico specialista che ha in cura il socio e certificazione che attesti che il socio sta seguendo l'iter medico ambulatoriale di Procreazione Medicalmente Assistita.

Entro 45 giorni dall'invio della richiesta, riceverai il rimborso sul tuo conto corrente.

Non sono sussidiabili l'acquisto di qualsiasi medicinale o farmaco, le prestazioni preliminari mirate all'accertamento dello stato di infertilità nonché gli esami clinici di laboratorio.

Unitamente alla prima richiesta il socio dovrà esibire a SMA certificazione di accertata infertilità.

Il mancato invio iniziale anche di parte della documentazione prevista comporta la decadenza dal diritto al rimborso.

La Mutua si riserva la facoltà di richiedere ogni altra documentazione clinica utile per procedere al rimborso a norma del presente regolamento.

ATTENZIONE

Verifica la sezione **"modifica dati personali"** sul portale SMA con TE.

Se necessario aggiorna tempestivamente i tuoi dati di contatto e verifica il tuo IBAN.

GRAVIDANZA

MASSIMALE ANNUO 200€

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

RIMBORSO 100% SUL TICKET

CENTRI PRIVATI CONVENZIONATI

SMA-MUSA-FIMIV

RIMBORSO 50% SUL COSTO

Condizione per l'erogazione del sussidio è che il soggetto richiedente il rimborso abbia maturato una pregressa iscrizione al **Fondo sanitario di almeno 6 mesi**. Nel periodo di gravidanza viene previsto il rimborso del **100%** del costo dei ticket sostenuti presso il SSN e del **50%** presso i centri privati convenzionati esclusivamente per le analisi cliniche e gli accertamenti diagnostici di ecografia effettuati durante il periodo di gravidanza con un massimo rimborsabile di **€ 200,00** per anno.

Tale massimale deve intendersi anche applicabile al singolo evento nel caso in cui il periodo di gravidanza stesso sia a cavallo di due anni.

Per accedere al rimborso il socio dovrà fare avere a SMA **entro 90 giorni** dal rilascio della relativa documentazione fiscale, copia del ticket nonché copia della prescrizione medica rilasciata dal MMG o dallo specialista che ha in cura il socio dal quale risulti l'accertato stato di gravidanza. Entro 45 giorni dall'invio della richiesta, riceverai il rimborso sul tuo conto corrente.

Il mancato invio iniziale anche di parte della documentazione prevista comporta la decadenza dal diritto al rimborso.

La Mutua si riserva la facoltà di richiedere ogni altra documentazione clinica utile per procedere al rimborso a norma del presente regolamento.

ATTENZIONE

Verifica la sezione "modifica dati personali" sul portale SMA con TE.

Se necessario aggiorna tempestivamente i tuoi dati di contatto e verifica il tuo IBAN.



MATERNITÀ/PATERNITÀ

MASSIMALE ANNUO 250€

RIMBORSO 100% SULLE SPESE SOSTENUTE

Condizione per l'erogazione del rimborso è che il socio richiedente il rimborso, alla data del parto/nascita abbia maturato una pregressa iscrizione nel **Fondo sanitario di almeno 6 mesi**.

Al **socio ed alla socia**, limitatamente al primo anno di vita del proprio/a figlio/a, nel caso in cui sostenga **spese per l'acquisto di farmaci e latte non materno**, viene corrisposto un rimborso pari al **100%** delle spese sostenute.

Il rimborso è riconosciuto fino a un massimo complessivo di **€ 250,00 nei 365 giorni successivi la data del parto**.

Per accedere al rimborso il socio dovrà fare avere a SMA **entro 90 giorni** dal rilascio della relativa documentazione fiscale di tutta la **documentazione medico sanitaria** che attesti la necessità di accedere a tali acquisti, dalle **fatture/scontrini fiscali quietanzati** da cui si evinca con specifica distinta di voce il corrispondente bene acquistato ed il relativo costo di acquisto. Entro 45 giorni dall'invio della richiesta, riceverai il rimborso sul tuo conto corrente.

Il mancato invio iniziale anche di parte della documentazione prevista comporta la decadenza dal diritto al rimborso.

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

In conseguenza all'approvazione della Legge di Bilancio 2020 ed al successivo DM applicativo potrà essere richiesta al lavoratore una autocertificazione resa agli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000 con la quale lo stesso dichiara che non proporrà richiesta di rimborso così come previsto dalle disposizioni di legge in materia. In caso di parto gemellare il rimborso è riconosciuto una tantum.

ATTENZIONE

Verifica la sezione "modifica dati personali" sul portale SMA con TE.

Se necessario aggiorna tempestivamente i tuoi dati di contatto e verifica il tuo IBAN.

ODONTOIATRIA

Centri Privati Convenzionati
SMA/MUSA/FIMIV
e **NON CONVENZIONATI**
e **TICKET SSN**

MASSIMALE ANNUO

1.520 €



Ablazione del Tartaro

RIMBORSO

20 €

+

Cure Odontoiatriche

RIMBORSO

1.000 €

a seguito
INFORTUNIO

+



Implantologia

RIMBORSO

300 €

+



Odontoiatria

RIMBORSO

200 €



ABLAZIONE DEL TARTARO

Il socio ha diritto a 1 ablazione a rimborso e può scegliere tra:

CENTRI NON CONVENZIONATI

RIMBORSO 20€ SUL COSTO

CENTRI PRIVATI CONVENZIONATI

SMA-MUSA-FIMIV **RIMBORSO**

20€ SUL COSTO

Per avere il rimborso dell'ablazione entra nel portale SMA con TE e invia la ricevuta di pagamento **entro 90 giorni** dalla prestazione effettuata.

Per verificare l'elenco dei centri privati convenzionati SMA-MUSA-FIMIV visita il sito www.smamodena.it nella sezione "vantaggi per i soci".

ATTENZIONE

Verifica la sezione "modifica dati personali" sul portale SMA con TE.

Se necessario aggiorna tempestivamente i tuoi dati di contatto e verifica il tuo IBAN.

CURE ODONTOIATRICHE

A SEGUITO INFORTUNIO SUL LAVORO O EXTRA LAVORO

MASSIMALE ANNUO 1.000€

CENTRI NON CONVENZIONATI

RIMBORSO FINO A 400€ PER INFORTUNIO

CENTRI PRIVATI CONVENZIONATI SMA-MUSA-FIMIV

RIMBORSO FINO A 1.000€ PER INFORTUNIO

Ai fini del riconoscimento del rimborso, il richiedente dovrà accompagnare la richiesta con una autocertificazione resa ai sensi dell'articolo 46, DPR 28.12.2000 n° 445, con la quale dichiara che non ha richiesto/ottenuto rimborsi da altri soggetti, per le stesse prestazioni economiche che ha richiesto a SMA.

DOCUMENTI DA ALLEGARE E MODALITÀ DI RICHIESTA DEI SUSSIDI

Il rimborso viene concesso previa presentazione di documentazione medica di struttura pubblica, attestante l'infortunio e la perdita e/o lesioni di elementi dentari.

- Per ottenere il rimborso è necessario produrre al termine, **la documentazione fiscale quietanzata da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite e dei denti su cui si è intervenuto.**
- Il rimborso per la medesima prestazione non può essere riconosciuto per lo stesso dente per non più di una volta ogni 5 anni (dalla data dell'ultima fatturazione).
- Nell'ipotesi di rigetto, non è ammesso nuovamente il rimborso per lo stesso dente.
- Non è previsto il rimborso per la riparazione di protesi.
- SMA si riserva la facoltà di far sottoporre a visita odontoiatrica il richiedente il rimborso o di richiedere ulteriore documentazione, per verificare la corretta ed effettiva esecuzione delle prestazioni eseguite ed esposte nelle fatture presentate.

Invia la richiesta di rimborso entro 90 giorni dal saldo delle prestazioni e comunque entro la fine dell'anno. Entro 45 giorni dall'invio della richiesta, riceverai il rimborso sul tuo conto corrente.

ATTENZIONE

Verifica la sezione "modifica dati personali" sul portale SMA con TE.

Se necessario aggiorna tempestivamente i tuoi dati di contatto e verifica il tuo IBAN.

IMPLANTOLOGIA

MASSIMALE ANNUO 300€

CENTRI CONVENZIONATI E NON

RIMBORSO 50% SUL COSTO CON UN MASSIMO RIMBORSABILE DI 300€

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

RIMBORSO 100% SUL TICKET

ELENCO PRESTAZIONI

Per l'applicazione di impianti osteo-integrati e conseguenti corone fisse ad essi impiantate, viene riconosciuto un rimborso per le sole spese sostenute che rientrano nell'allegato nomenclatore che segue.

- IMPIANTO OSTEO-INTEGRATO PER POSIZIONAMENTO DI ABUTMENT - COME UNICA PRESTAZIONE
PICCOLO RIALZO DEL SENO MASCELLARE PER OGNI IMPIANTO
- AUMENTO DI CRESTA OSSEA
- CORONA (ELEMENTO INTEGRATO E/O SINGOLO)
- PERNO MONCONE (ELEMENTO INTEGRATO E/O SINGOLO)

Documenti da allegare e modalità di richiesta dei sussidi.

- Per ottenere il rimborso è necessario produrre al termine, **la documentazione fiscale quietanzata da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite e dei denti su cui si è intervenuto.**

- Il rimborso per la medesima prestazione non può essere riconosciuto per lo stesso dente per non più di una volta ogni 5 anni (dalla data dell'ultima fatturazione).
- Nell'ipotesi di rigetto, non è ammesso nuovamente il rimborso per lo stesso dente.
- Non è previsto il rimborso per la riparazione di protesi.
- SMA si riserva la facoltà di far sottoporre a visita odontoiatrica il richiedente il rimborso o di richiedere ulteriore documentazione, per verificare la corretta ed effettiva esecuzione delle prestazioni eseguite ed esposte nelle fatture presentate.

Invia la richiesta di rimborso **entro 90 giorni** dal saldo delle prestazioni e comunque entro la fine dell'anno. Entro 45 giorni dall'invio della richiesta, riceverai il rimborso sul tuo conto corrente.

ATTENZIONE

Verifica la sezione "modifica dati personali" sul portale SMA con TE.

Se necessario aggiorna tempestivamente i tuoi dati di contatto e verifica il tuo IBAN.

ODONTOIATRIA

MASSIMALE ANNUO 200€

CENTRI CONVENZIONATI E NON

SCOPERTO 50% MASSIMO RIMBORSABILE € 50 PER ELEMENTO

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

RIMBORSO 100% SUL TICKET

ELENCO PRESTAZIONI

- INCISIONE DI ASCESSO
- OTTURAZIONI DI QUALSIASI CLASSE
- ESTRAZIONE SEMPLICI O COLMPESSE
- DEVITALIZZAZIONI
- CURE CANALARI
- RICOSTRUZIONI
- PANORAMICA
- RX
- TAC DENTALE
- SCHELETRATI E MANUFATTI VALPLAST



DOCUMENTI DA ALLEGARE E MODALITÀ DI RICHIESTA PER SUSSIDI PER ALTRE CURE ODONTOIATRICHE.

- Per ottenere il rimborso è necessario inviare a SMA il preventivo e produrre al termine, **la documentazione fiscale quietanzata da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite e dei denti su cui si è intervenuto.**
- SMA si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione per verificare la corretta ed effettiva esecuzione delle prestazioni eseguite ed esposte nelle fatture presentate.

Nell'arco dell'anno quindi il rimborso massimo riconosciuto arriva fino a **€ 200,00**.

Invia la richiesta di rimborso **entro 90 giorni** dal saldo delle prestazioni e comunque entro la fine dell'anno. Entro 45 giorni dall'invio della richiesta, riceverai il rimborso sul tuo conto corrente.

ATTENZIONE

Verifica la sezione "modifica dati personali" sul portale SMA con TE.

Se necessario aggiorna tempestivamente i tuoi dati di contatto e verifica il tuo IBAN.

AREA PREVENZIONE

**1 PRESTAZIONE
GRATUITA**



**1 ABLAZIONE
GRATUITA**



La diagnosi precoce delle malattie è una forma di prevenzione efficace, il monitoraggio costante risulta la migliore opportunità di preservare e promuovere la salute.

SMA riconosce al socio 1 prestazione di Prevenzione Gratuita da effettuarsi presso le strutture sanitarie indicate.

PRESTAZIONE

- 1 ABLAZIONE DEL TARTARO

COME FARE

Accedi al Portale SMA con TE e

- richiedi l'autorizzazione preventivamente compilando i campi,
- indica la scelta della città,
- indica il centro medico/odontoiatrico tra quelli indicati in tabella.

Attendi la mail con l'autorizzazione di SMA che con periodicità settimanale (salvo situazioni straordinarie) provvederà a comunicare alla struttura sanitaria interessata il nominativo del socio e l'indicazione della prestazione.

Successivamente

- contatta la struttura sanitaria per concordare l'appuntamento.

DOVE

Consulta gli elenchi e scegli fra le strutture e le prestazioni indicate in tabella nelle pagine che seguono.

ATTENZIONE

La prestazione di prevenzione dovrà essere richiesta improrogabilmente a SMA entro il 1° novembre di ogni anno ed effettuata presso il centro medico prescelto entro il tassativo termine del 31 dicembre di ogni anno.

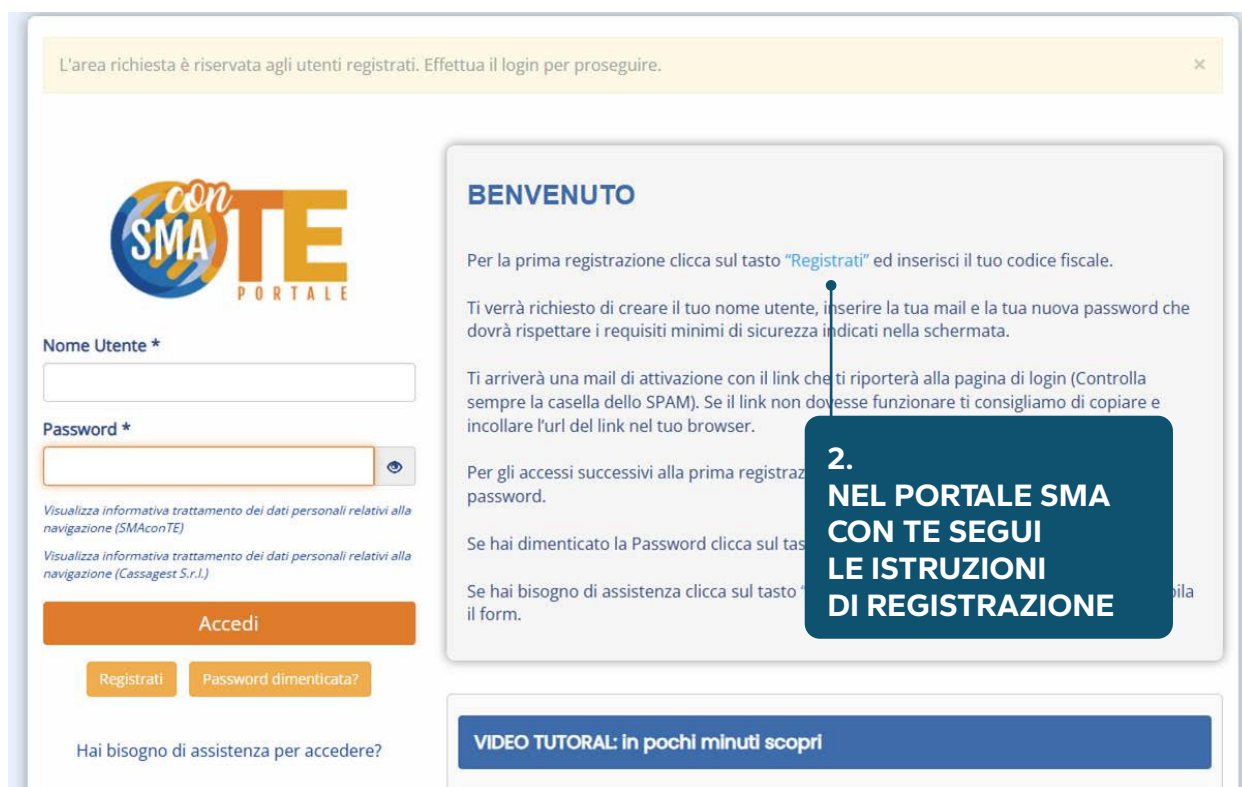
CENTRI ODONTOIATRICI

dove effettuare l'ablazione del tartaro

PROVINCIA	CENTRI ODONTOIATRICI
AREZZO	Studio Dentistico Boncompagni Nicola Via Pegomas, 21 - Castel San Niccolò Studio Dentistico Dott. David Marri Via Gramsci, 10/a - Bibbiena Studio Odontoiatrico Dott.ssa Martina Giachini Via Pascoli, 46 - Montevarchi
ASTI	Centro Odontoiatrico Primo Nucleo Sanitario Corso Torino, 20
BERGAMO	Excellence Dental Via Autostrada, 32
LANCIANO - CHIETI	Studio Dentistico Dott. Filippo Marciani Via Romagnoli, 14 - Lanciano
MANTOVA	Gozzi Pietrangelo Via Rocca, 50 - Viadana
MILANO	Dental Arbe Via G. Forni, 70 - Via Arbe, 71 - Via Soperga, 49/51 - Via Pisacane, 42 Centro Medico Lombardo Via M. Gioia, 37 Studio dentistico BDD Alzaia Naviglio Grande, 38 Dental Tocci Via Carnevali, 43/a Dental LUC Via Bertacchi, 2 Studio Medico Associato Grassi Via Carlo d'Adda, 2 - Cassano d'Adda
MODENA	Poliambulatorio Gulliver Viale Leonardo Da Vinci, 116/a
PARMA	Studio Dentistico Dott. Taddei Via Bruxelles, 10/b / Piazza della Repubblica, 4 - Torrile
PIACENZA	Centri Dentistici Primo Viale Dante Alighieri, 140 Dott. Malchiodi Massimiliano Via Bartoli, 30E
PISA	Dental Clinique Via San Francesco, 1 / Piazza Sant'Antonio, 2 Via Tosco Romagnola, 338 - Loc. Fornacette - Calcinaia
PISTOIA	Studio Odontoiatrico Dott. Cappellini Massimo Via Bozzi, 18 Studio Asmone Domenico Via Vanucci, 45
ROMA	Dott.ssa Alessandra D'Anna Viale Marco Fulvio Nobiliore, 50 / Via IV Novembre, 28 - Monteporzio Studio Odontoiatrico Minciacchi Irene Via Tuscolana, 946
SAVONA	Chiappori dott. Andrea Via Garroni, 24/2
TORINO	Odontolarc Via Cervino, 60 / Via Mombarcaro, 80 Il Sorriso Ideale Via Foligno, 102
VARESE	Dental Center Via Reina, 2 - Saronno



RICHIESTA RIMBORSI



Per la prima registrazione **clicca sul tasto "Registrati"** ed **inserisci il tuo codice fiscale**.

Ti verrà richiesto di **creare il tuo nome utente, inserire la tua mail e la tua nuova password** che dovrà rispettare i requisiti minimi di sicurezza (minimo 8 caratteri, almeno 1 carattere maiuscolo, almeno 1 numero e almeno 1 simbolo).

Ti arriverà una **mail di attivazione con il link** che ti riporterà alla pagina di login (controlla sempre la casella dello SPAM oltre che la POSTA IN ARRIVO). Se il link contenuto nella mail non dovesse funzionare, ti consigliamo di copiare e incollare l'url del link nel tuo browser.

3. PER GLI ACCESSI SUCCESSIVI ALLA PRIMA REGISTRAZIONE

BENVENUTO

Per la prima registrazione clicca sul tasto "Registrati" ed inserisci il tuo codice fiscale.

Ti verrà richiesto di creare il tuo nome utente, inserire la tua mail e la tua nuova password dovrà rispettare i requisiti minimi di sicurezza indicati nella schermata.

Ti arriverà una mail di attivazione con il link che ti riporterà alla pagina di login (Controlla sempre la casella dello SPAM). Se il link non dovesse funzionare ti consigliamo di copiarlo e incollarlo l'url del link nel tuo browser.

Per gli accessi successivi alla prima registrazione ti basterà digitare la tua user id e la tua password.

Se hai dimenticato la Password clicca sul tasto "Password dimenticata?" e compila il form.

Se hai bisogno di assistenza clicca sul tasto "hai bisogno di assistenza per accedere?" e compila il form.

VERIFICA E MANTIENI AGGIORNATI I TUOI DATI: IBAN, TELEFONO, MAIL, RESIDENZA

Per gli accessi successivi alla prima registrazione ti basterà digitare il tuo nome utente e la tua password. Se hai dimenticato la Password clicca sul tasto "Password dimenticata?" e compila il form.

Se hai bisogno di assistenza clicca sul tasto "hai bisogno di assistenza per accedere?" e compila il form."

DICHIARAZIONE DEI REDDITI

Il socio riceverà annualmente il riepilogo dei rimborsi richiesti nel corso dell'anno, con indicato quanto è stato richiesto, quanto gli è stato rimborsato e il costo rimasto a suo carico.

In sede di dichiarazione dei redditi, il costo rimasto a suo carico potrà essere portato in detrazione d'imposta nella misura del 19% che spetta sull'importo che eccede i 129,11 € per le spese sanitarie, limitatamente alla parte di spesa rimasta effettivamente a suo carico.

COSA INSERIRE NELLA SEZIONE DOCUMENTI

In questa sezione va inserito un solo documento pagato: ticket del Servizio Sanitario Nazionale o fattura. Dopo aver inserito il documento, salva e chiudi la finestra.

COSA INSERIRE NELLA SEZIONE ALLEGATI

In questa sezione si possono inserire più documenti:

- Le impegnative del medico, la richiesta dello specialista

Se si tratta di ticket SSN:

- il promemoria appuntamento/prenotazione, il codice avviso, il riepilogo dei costi
- Lo scontrino del POS
- Ogni altro documento che ci possa far capire cosa si è pagato

Dopo aver inserito l'allegato, salva e chiudi la finestra.

IMPEGNATIVA / RICHIESTA DEL MEDICO COS'È IL QUESITO DIAGNOSTICO

- Le richieste del medico/impegnative vanno inserite nella sezione allegati
- Le richieste del medico o dello specialista sono sempre necessarie, tranne per l'odontoiatria, il pronto soccorso, i ricoveri ospedalieri, le prestazioni gratuite
- È necessario sia indicato un problema sanitario, anche presunto (quesito diagnostico)
- Non sono ammesse le richieste con quesiti diagnostici generici come ad esempio: controllo, accertamento, check up e similari
- Non sono ammesse le richieste con quesiti diagnostici riconducibili al dolore come ad esempio: dolori diffusi, artralgia, cervicalgia, lombalgia, gonalgia, addominalgia e similari
- Accettiamo richieste del medico/specialista su:
 - Ricetta elettronica
 - Ricetta rossa
 - Ricetta bianca + timbro + firma del medico
- La data della richiesta del medico/specialista deve sempre essere precedente o coincidente alla data del pagamento

TRASPARENZA E COMUNICAZIONE

SMA è una Mutua, un Ente del Terzo Settore, non ha scopo di lucro e ha come mission il soddisfacimento dei bisogni dei soci attraverso servizi, sussidi e prestazioni di carattere sociosanitario.

Ritenendo di soddisfare le esigenze di trasparenza e aggiornamento dei soci sullo stato delle loro richieste di rimborso, SMA provvede a informare tramite Portale SMA con TE sul riepilogo delle richieste di rimborso inviate. Inoltre, invia un documento annuale di riepilogo utile ai fini della dichiarazione dei redditi.

Questo documento è caricato nella sezione "Piano Sanitario e Comunicazioni" del Portale SMA con TE. Inoltre, il Piano Sanitario è sempre disponibile al Socio nella medesima sezione.

Per ogni nuova iniziativa, informazione e attività rivolta ai soci, SMA utilizza i canali social, il sito e la newsletter.

PER INFO O CHIARIMENTI

SMA • Società Mutua Assistenza

info@smamodena.it

oppure

059 7100555

www.smamodena.it

SEGUICI SU



SOCIETÀ MUTUA ASSISTENZA **Società Mutuo Soccorso**

Registro delle Imprese di MODENA
al n. 80005010360

R.E.A. MODENA al n. 284410

Albo delle Imprese Sociali in data 12 giugno 2013

Albo Società Cooperative al n. C100217



Largo Aldo Moro, 1
41124 Modena (MO)

+39 059 7100555

info@smamodena.it

sma@cert.cna.it

SEGUICI SU



SMA Società Mutua Assistenza
www.smamodena.it

