

FONDO SANITARIO INTEGRATIVO COOPERATIVE SOCIALI

Aggiornamento annualità 2025



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





INDICE

AREA RICOVERI	PAG. 3
ALTA DIAGNOSTICA	PAG. 4
VISITE SPECIALISTICHE	PAG. 5
TICKET E PRONTO SOCCORSO	PAG. 6
MATERNITA' E GRAVIDANZA	PAG. 7
PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE ASSISTENZIALI COMPRESA INABILITA' TEMPORANEA	PAG. 8
PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA	PAG. 11
CICLI DI TERAPIE RIABILITATIVE E CONSERVATIVE	PAG. 12
LENTI	PAG. 14
PACCHETTI DI PREVENZIONE	PAG. 14
PRESTAZIONI SANITARIE A TARIFFE AGEVOLATE	PAG. 17
PRESTAZIONI ASSISTENZIALI legate all'adesione a Mutua	PAG. 18
ESCLUSIONI – ESTENSIONE NUCLEO FAMILIARE	PAG. 19
MODALITA' – DOCUMENTAZIONE E TEMPISTICHE RIMBORSI	PAG. 20
MODULO AUTORIZZAZIONE PACCHETTO PREVENZIONE	PAG. 22
MODULO RICHIESTA DI RIMBORSO	PAG. 23
INFORMATIVA PRIVACY ART.13 – UE 2016/679	PAG. 24
ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	PAG. 27

AREA RICOVERI

RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

A seguito di Grande Intervento Chirurgico (di cui all'allegato 1 in calce al piano) eseguiti in Italia o all'Estero viene riconosciuto un sussidio per giorni di ricovero e rimborso spese per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e prestazioni riabilitative eseguite nei 60gg. successivi al Grande Intervento Chirurgico

SUSSIDIO GIORNALIERO A SEGUITO DI RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

- ✓ Sussidio giornaliero pari a Euro 60 per max 20 gg. per ricovero in Italia
- ✓ Sussidio giornaliero pari a Euro 100 per max 20 gg. per ricovero all' Estero

SPESE POST-RICOVERO NEI 60 GG. SUCCESSIVI ALLA DATA DELL'INTERVENTO E RESESI NECESSARIE A SEGUITO DI GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO :

- VISITE SPECIALISTICHE DI CONTROLLO

- ✓ tramite il SSN : rimborso integrale del ticket sanitario
- ✓ in rete privata (forma indiretta) : rimborso 50% del documento di spesa
Massimale complessivo annuo Euro 500,00

- ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI DI CONTROLLO

- ✓ tramite il SSN : rimborso integrale del ticket sanitario
- ✓ in rete privata (forma indiretta) : rimborso 50% del documento di spesa
Massimale complessivo annuo Euro 1.000,00

- PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE / CICLI RIABILITATIVI :

- ✓ tramite il SSN: rimborso integrale del ticket sanitario
- ✓ In rete privata (forma indiretta): rimborso 50% del documento di spesa
Massimale complessivo annuo Euro 300,00

RICOVERO PER INTERVENTO CHIRURGICO ORDINARIO

A seguito di ricovero per **Intervento Chirurgico ordinario** per malattia e/o infortunio, eseguito in Italia o all'estero viene riconosciuto un sussidio per giorni di ricovero ed il rimborso spese per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e prestazioni riabilitative nei 60gg. successivi all'intervento ordinario. Sono considerati interventi ordinari quelli esclusi dall'elenco GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI Restano esclusi interventi aventi finalità estetiche ed interventi non riconducibile a malattia o a conseguenze di infortunio.

SUSSIDIO GIORNALIERO A SEGUITO DI RICOVERO PER INTERVENTO CHIRURGICO ORDINARIO

- ✓ Sussidio giornaliero pari ad Euro 40 per massimo 10 gg. per ricovero in Italia
- ✓ Sussidio giornaliero pari ad Euro 50 per massimo 12 gg. per ricovero all'Estero

SPESE POST-RICOVERO NEI 60 GG. SUCCESSIVI ALLA DATA DELL'INTERVENTO E RICONDUBILI ALLO STESSO:

- VISITE SPECIALISTICHE DI CONTROLLO

- ✓ tramite il SSN : rimborso integrale del ticket sanitario
 - ✓ in rete privata (forma indiretta) : rimborso 50% del documento di spesa
- Massimale annuo complessivo Euro 200,00**

- ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI DI CONTROLLO

- ✓ tramite il SSN : rimborso integrale del ticket sanitario
 - ✓ in rete privata (forma indiretta) : rimborso 50% del documento di spesa
- Massimale annuo complessivo Euro 300,00**

- PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE / CICLI RIABILITATIVI :

- ✓ tramite il SSN: rimborso integrale del ticket sanitario
 - ✓ In rete privata (forma indiretta) : rimborso 50% del documento di spesa
- Massimale annuo complessivo Euro 200,00**

ALTA DIAGNOSTICA
(diagnostica radiologica-accertamenti diagnostici)

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE IN REGIME PUBBLICO (TICKET)

Rimborso integrale del ticket sanitario. Alla ricevuta ticket dovrà essere allegata l'impegnativa del medico.
Massimale annuo complessivo Euro 1.000,00

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE IN REGIME PRIVATO

A) PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PRIVATE IN LIBERA SCELTA (FORMA INDIRECTA)

Rimborso delle spese sostenute per prestazioni di alta diagnostica ed accertamenti (senza elenchi limitativi) , con l'applicazione di **uno SCOPERTO DEL 30% CON MINIMO NON INDENNIZZABILE DI EURO 60,00 E MASSIMO RIMBORSABILE CAD. PRESTAZIONE EURO 150,00**

Al documento fiscale dovrà essere allegata copia della prescrizione medico curante / medico specialista
Massimale annuo complessivo Euro 4.000,00

B) PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PRIVATE IN ASSISTENZA DIRETTA TRAMITE ACCESSO ALLE STRUTTURE CONVENZIONATE ADERENTI (FORMA DIRETTA)

Il richiedente previa richiesta di autorizzazione a MUTUA* pagherà alla **struttura la sola FRANCHIGIA DI EURO 35,00** prevista per gli accertamenti diagnostici.

L'importo residuo verrà liquidato da Mutua direttamente alla struttura convenzionata

Necessario allegare alla richiesta di autorizzazione copia della prescrizione medico di base / medico specialista

Massimale annuo complessivo Euro 800,00

MODALITÀ DI UTILIZZO DELLA GARANZIA

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

PROCEDURA PER RICHIEDERE L'AUTORIZZAZIONE * :

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

VISITE SPECIALISTICHE

VISITE SPECIALISTICHE IN REGIME PUBBLICO (TICKET)

Rimborso integrale del ticket sanitario pagato .Alla ricevuta ticket dovrà essere allegata l'impegnativa del medico.

Massimale annuo complessivo Euro 250,00

VISITE SPECIALISTICHE IN REGIME PRIVATO

A- VISITE SPECIALISTICHE PRIVATE IN LIBERA SCELTA (FORMA INDIRECTA)

La Mutua riconosce il rimborso della spesa sostenuta per prestazioni specialistiche eseguite da medici specializzati. E' prevista l'applicazione di **uno scoperto del 20% con minino non indennizzabile cad. prestazione pari ad Euro 60,00**

Al documento fiscale dovrà essere allegata impegnativa medica.

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

- ✓ **TERAPIE/CONSULTI PSICOLOGICI** : E' riconosciuto il rimborso di n. 4 sedute /anno entro un massimo di Euro 35.00 cad.seduta privata
- ✓ **CONSULTO NUTRIZIONISTA/DIETOLOGICO** : E' riconosciuto il rimborso fino a n. 4 sedute / anno entro un massimo di Euro 35.00 cad. visita/consulto privato
- ✓ **OSTEOPATIA** : E' riconosciuto il rimborso di n. 4 sedute /anno entro un massimo di Euro 35.00 cad.seduta privata

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

B) VISITE SPECIALISTICHE PRIVATE IN ASSISTENZA DIRETTA C/O STRUTTURE CONVENZIONATE MSN CON ACCREDITO DIRETTO (FORMA DIRETTA)

Il richiedente *previa richiesta di autorizzazione pagherà alla struttura la sola franchigia di Euro 20,00 L'importo residuo verrà liquidato da Mutua direttamente alla struttura convenzionata**
Necessario allegare alla richiesta di autorizzazione copia della prescrizione medico di base

MODALITÀ DI UTILIZZO DELLA GARANZIA

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

PER RICHIEDERE L'AUTORIZZAZIONE * :

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

6

Massimale complessivo annuo VISITE SPECIALISTICHE IN REGIME PRIVATO (A) A1) B) è pari ad Euro 400,00

TICKET E PRONTO SOCCORSO

ESAMI DI LABORATORIO (ANALISI CHIMICO-CLINICHE)

- **Rimborso integrale** per ciascun documento di spesa per esami di laboratorio (analisi chimico-cliniche) eseguiti sia presso strutture pubbliche o accreditate con il pubblico (**ticket sanitario**)
- **Ad integrazione di quanto garantito dal SSN, Mutua riconosce il rimborso pari al 50% del documento di spesa** per gli esami di laboratorio eseguiti **presso strutture private con pagamento di fatture**
- Al documento fiscale dovrà essere allegata l'impegnativa del medico.

Massimale complessivo annuo Euro 150,00

TICKET PER PRESTAZIONI CON ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO

La Mutua riconosce **un rimborso pari al 100% del ticket** per le prestazioni di pronto soccorso. Oltre al documento di spesa dovrà essere inviata anche **la scheda di triage** rilasciata dal PS.

Massimale complessivo annuo Euro 150,00

TICKET PER INTERVENTI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE

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

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

Massimale complessivo annuo Euro 200,00

MATERNITA' E GRAVIDANZA

ESAMI DI LABORATORIO IN GRAVIDANZA

- **Rimborso integrale** per ciascun documento di spesa per esami di laboratorio (analisi chimico-cliniche) eseguiti sia presso strutture pubbliche o accreditate con il pubblico (**ticket sanitario**)
- **Ad integrazione di quanto garantito dal SSN, Mutua riconosce il rimborso pari al 50% del documento di spesa** per gli esami di laboratorio eseguiti **presso strutture private con pagamento di fatture**

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

Massimale complessivo annuo Euro 150,00

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI / VISITE OSTETRICHE IN GRAVIDANZA

ECOGRAFIE DI CONTROLLO

- Se eseguite in strutture pubbliche o strutture private accreditate con il SSN con pagamento del ticket sanitario il rimborso è integrale
- Se eseguite in strutture private in accredito diretto : **FRANCHIGIA PER PRESTAZIONE EURO 40,00*****necessario accedere con PROCEDURA PREVISTA PER L'ACCREDITO DIRETTO
- Se eseguite IN FORMA INDIRETTA (LIBERA SCELTA) : massimo rimborsato cad.prestazione Euro 50,00

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

VISITE IN GRAVIDANZA

- Se eseguite in strutture pubbliche o strutture private accreditate con il SSN con pagamento del ticket sanitario il rimborso è integrale
- Se eseguite IN FORMA INDIRETTA (LIBERA SCELTA) : massimo rimborsato cad.prestazione Euro 50,00

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

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI :

Se la lavoratrice ha un'età superiore ai 35 anni oppure se esiste già una malformazione famigliare (che si evinca da certificazione medica) sono altresì incluse anche **L'AMNIOSCOPIA, AMNIOCENTESI E VILLOCENTESI** entro il sotto massimale di Euro 200,00

Al documento fiscale dovrà essere allegata l'impegnativa del medico curante/medico specializzato
Massimale complessivo annuo ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI / VISITE OSTETRICHE IN GRAVIDANZA Euro 450,00***

PROCREAZIONE MEDICO ASSISTITA

***** IL MASSIMALE COMPLESSIVO PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI/VISITE IN GRAVIDANZA PARI AD EURO 450,00 PER PRESTAZIONI PRIVATE PUO' ESSERE UTILIZZATO QUALE RIMBORSO SPESE DOCUMENTANTE PER ACCOMPAGNAMENTO ALLA PROCEDURA DI PROCREAZIONE MEDICO ASSISTITA**

Al documento fiscale dovrà essere allegata documentazione medica attestante il **percorso di procreazione medico assistita intrapreso.**

SUSSIDIO ACQUISTO LATTE MATERNO

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

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

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

Massimale complessivo annuo Euro 250,00

PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE ASSISTENZIALI COMPRESA PER INABILITA' TEMPORANEA

8

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

SERVIZI DI ASSISTENZA ATTIVABILI TRAMITE CENTRALE OPERATIVA REALE MUTUA NUMERO DALL'ITALIA 800-776418 – DALL'ESTERO +39-011.4389198 presente sulla tessera associativa MNS

ASSISTENZA INFERMIERISTICA POST RICOVERO PER INTERVENTO / MALATTIA

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.**

ASSISTENZA FISIOTERAPICA POST RICOVERO PER INFORTUNIO

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.**

PRESTAZIONI A SEGUITO INABILITA' TEMPORANEA CERTIFICATA CON PERMANENZA A LETTO
- fino alla concorrenza di €. 500 per sinistro

• **INVIO DI 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

• **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.

ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO – SANITARIA PER INABILITA' TEMPORANEA CERTIFICATA

Per incapacità fisica temporanea si intende l'impossibilità di svolgere senza l'assistenza di una terza persona **almeno 2 (due)** delle seguenti attività ordinarie della vita quotidiana

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

Rientrano nel sussidio le spese documentate sostenute per : Assistenza specialistica ed infermieristica (escluso costo badante), mobilitazione, prelievi, rilevazione di parametri medici, ecc

Ai fini del rimborso, unitamente alla certificazione di inabilità temporanea a svolgere almeno 2 attività ordinarie della vita quotidiana rilasciata dal Medico di Medicina Generale o da medico specializzato è necessario presentare la documentazione di spesa, rilasciata dall'infermiere/operatore socio-sanitario professionale con l'indicazione del numero di iscrizione al Collegio professionale, o intestata a Cooperative o Associazioni abilitate che impiegano infermieri/operatori socio-sanitari professionali. Nella documentazione di spesa, dovranno essere indicate le prestazioni effettuate, il numero dei giorni e delle ore giornaliere. Al documento di spesa dovrà essere allegata copia del pagamento "tracciabile"

10

Il rimborso delle spese assistenziali sostenute è pari al

- **55 % del documento fiscale di spesa**
- **all'80 % del documento fiscale di spesa se le prestazioni sono eseguite da operatori di Cooperative Sociali**

Massimale annuo complessivo Euro 700,00

PRESTAZIONI SOCIALI A RILEVANZA SANITARIA

CICLI DI RADIO/CHEMIOTERAPIA

La Mutua, riconosce **un sussidio di € 20,00 per ogni giorno di trattamento** per le cure di radioterapia o di chemioterapia in regime ospedaliero

Necessario presentare documentazione ospedaliera/reparto oncologico attestante la specifica dei giorni in cui è stato eseguito il trattamento chemioterapico/radioterapico

Massimale complessivo annuo Euro 1.000,00

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DI BASE

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

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI:

a)CURE ODONTOIATRICHE CONSERVATIVE (otturazione, cura canalare, parodontologia):

previsto il rimborso di cure odontoiatriche conservative

SE ESEGUITE TRAMITE IL SSN

Rimborso integrale del ticket pagato.

SE ESEGUITE IN RETE CONVENZIONATA BLUE ASSISTANCE / MUTUA NUOVA SANITA'

Non opera scoperto di franchigia rimborso integrale nei limiti del massimale previsto

SE ESEGUITE IN RETE CONVENZIONATA (LIBERA SCELTA)

Scoperto del 50% della voce di spesa con massimo rimborsabile cad.prestazione pari ad Euro 50,00

b)AVULSIONI

SE ESEGUITE TRAMITE IL SSN

Rimborso integrale del ticket pagato.

SE ESEGUITE IN RETE CONVENZIONATA BLUE ASSISTANCE / MUTUA NUOVA SANITA'

Non opera scoperto di franchigia rimborso integrale nei limiti del massimale previsto

SE ESEGUITE IN LIBERA SCELTA

Scoperto del 50% della voce di spesa con massimo rimborsabile cad.prestazione pari ad Euro 50,00

Massimale complessivo annuo PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI a)-b)Euro 150,00

IMPIANTI OSTEOINTEGRATI

E' PREVISTO IL RIMBORSO PER PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA

Si intende impianto dentale un dispositivo protesico fisso, composto da una radice dentale artificiale, inseribile nella mascella o nella mandibola, e da uno o più denti artificiali.

SE ESEGUITI TRAMITE IL SSN

Rimborso integrale del ticket pagato.

SE ESEGUITI IN CONVENZIONATA BLUE ASSISTANCE / MUTUA NUOVA SANITA'

Non opera scoperto di franchigia.

Massimo rimborsato per elemento Euro 300,00 fino alla concorrenza massima di 3 elementi/anno

SE ESEGUITI FUORI RETE CONVENZIONATA (LIBERA SCELTA)

Previsto scoperto del 50% per voce di spesa

Massimo rimborsato per elemento Euro 250,00 fino alla concorrenza massimo di 3 elementi / anno

DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE AI FINI DEL RIMBORSO :

PER ABLAZIONE – CURE CONSERVATIVE – AVULSIONE

- E' necessario che nella fattura vi sia evidenza specifica della prestazione odontoiatrica eseguita (e non genericamente "cure odontoiatriche")
- E' necessario allegare al documento di spesa copia del pagamento tracciabile (scontrino bancomat – carta di credito – distinta di bonifico – copia assegno)

PER IMPIANTI OSTEOINTEGRATI

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, dalla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione

- Copia dei referti radiologi pre e post intervento di implantologia
- Dichiarazione di conformità dettagliata del fabbricante del manufatto protesico fisso (impianto)
- Per prestazioni eseguite in regime privato è necessario allegare al documento di spesa copia del pagamento tracciabile (scontrino bancomat – carta di credito – distinta di bonifico – copia assegno)

CICLI DI TERAPIE RIABILITATIVE e CONSERVATIVE

12

TERAPIE RIABILITATIVE A SEGUITO D'INFORTUNIO

E' previsto il rimborso di cicli di cure riabilitative a seguito di **INFORTUNIO CON CERTIFICAZIONE DEL PRONTO SOCCORSO O DOCUMENTO EQUIPOLLENTE**

E' necessario presentare

- Certificato di Pronto Soccorso che attesti l'infornuto occorso o Certificazione medica rilasciata dal MMG che attesti la temporanea inabilità alla prestazione lavorativa causa infornuto **con prognosi di assenza dal lavoro non inferiore a 7 giorni lavoratori**

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

- ✓ Laser terapia
 - ✓ Tecar
 - ✓ Fisioterapia ortopedica post-operatoria
 - ✓ Fisioterapia neuromotoria
 - ✓ Fisioterapia post-traumatica
 - ✓ Fisioterapia articolare
 - ✓ Fisioterapia mono segmentaria
-
- ✓ **SE ESEGUITI TRAMITE IL SSN :** previsto il rimborso integrale del ticket sanitario pagato
 - ✓ **SE ESEGUITE IN RETE PRIVATA (FORMA INDIRECTA):** E' previsto il rimborso con franchigia minima a carico dell'assistito pari ad Euro 50,00 per ciclo di terapia

Massimale complessivo annuo Euro 300,00

Alla documentazione di infortunio occorso o inabilità con assenza dal lavoro superiore a 7 gg. certificata è necessario **allegare**

- **copia della Copia della prescrizione medica rilasciata dal medico curante / medico specialista che attesti la necessità di ricorrere a tali prestazioni riabilitative.**
- **Ai fini del rimborso unitamente a regolare fattura e necessario presentare copia del pagamento tracciabile (scontrino pagobancomat – carta di credito -bonifico – copia assegno bancario)**

TERAPIE CONSERVATIVE A SEGUITO DI PATOLOGIA ACCERTATA

E' previsto il rimborso di cicli di cure riabilitative conservative per il recupero e rieducazione funzionale dell'apparato locomotore a seguito di malattia accertata e certificata

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

- ✓ Laser terapia
 - ✓ Tecar
 - ✓ Fisioterapia ortopedica post-operatoria,
 - ✓ Fisioterapia neuromotoria
 - ✓ Fisioterapia post-traumatica
 - ✓ Fisioterapia articolare
 - ✓ Fisioterapia mono segmentaria
- ✓ **SE ESEGUITI TRAMITE IL SSN** : previsto il rimborso integrale del ticket sanitario pagato
- ✓ **SE ESEGUITE IN RETE PRIVATA (FORMA INDIRECTA)**: E' previsto il rimborso con franchigia minima a carico dell'assistito pari ad Euro 50,00 per ciclo di terapia

13

Massimale complessivo annuo Euro 100,00

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

- **Certificazione medica rilasciata dal Medico di Medicina Generale o dallo specialista (ortopedico e/o fisiatra) che attesti la necessità del ricorso a cicli di prestazioni riabilitative con l'indicazione della malattia / patologia che rende necessaria l'esecuzione delle TERAPIE RIABILITATIVE**
- **Ai fini del rimborso unitamente a regolare fattura e necessario presentare copia del pagamento tracciabile (scontrino pagobancomat – carta di credito -bonifico – copia assegno bancario)**

LENTI

Per i rimborsi relativi all'acquisto di lenti oftalmiche correttive dei difetti visivi (escluso montatura) , o di lenti a contatto è necessario presentare copia della fattura o dello scontrino fiscale rilasciato dal rivenditore, riportante il dettaglio della spesa e il codice fiscale dell'acquirente, unitamente a copia del pagamento "tracciabile" e copia della **prescrizione del medico specialista attestante la PATOLOGIA che comporta l'uso delle lenti.**

È necessario che sia riportata la dicitura "prodotto con marcatura CE" o che sia allegata dichiarazione di conformità CE rilasciata dal rivenditore.

Massimale complessivo annuo Euro 80,00

Il sussidio erogabile ogni 2 anni, potrà essere corrisposto ogni anno in caso vi sia attestazione medico specialista / ortottico di cambio visus tra almeno +1 / - 1 diottrie

PACCHETTI DI PREVENZIONE

PREVENZIONE SALUTE DONNA- UOMO

IN FORMA GRATUITA PREVIA RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE A MNS SENZA OBBLIGO DI PRESCRIZIONE MEDICA

14

PRESTAZIONI PREVENZIONE SALUTE DONNA a scelta
• Visita ginecologica + ecografia pelvica
• Visita senologica
• Ecografia mammaria
PRESTAZIONI PREVENZIONE SALUTE UOMO a scelta
• Visita urologica
• Ecografia apparato urinario / ecografia addome completo
• Visita proctologica

FRUIBILE N. 1 PRESTAZIONE A SCELTA PER 1 VOLTA / ANNO

PROCEDURA PER RICHIEDERE L'AUTORIZZAZIONE * :

- ✓ Contattare autonomamente il centro per fissare la data dell'appuntamento non prima di 2/3 giorni* (salvo caso d'urgenza) comunicando preventivamente di essere socio MUTUA NUOVA SANITA' e di voler accedere alla forma diretta
- ✓ Collegarsi sul sito www.mutuanuovasanita.it ad AREA RIMBORSI - accedendo alla sezione "PRESTAZIONI DIRETTE" - RICHIEDI AUTORIZZAZIONE AD UNA PRESTAZIONE DIRETTA seguendo la procedura guidata : selezione anagrafica - struttura - specializzazione - indicazione DATA DELL'APPUNTAMENTO precedentemente preso - caricamento DEL [MODULO ACCESSO CAMPAGNA DI PREVENZIONE \(ALLEGATO al piano sanitario \) NEL CAMPO PRESCRIZIONE MEDICA](#)

- ✓ Mutua Nuova Sanità entro massimo entro 2 gg.* (tempistiche ridotte in casi d'urgenza previo contatto telefonica) verificata la corretta procedura di richiesta presa in carico invierà sia al richiedente che alla struttura medica la mail di autorizzazione della presa in carico con allegato un VOUCHER con evidenza della franchigia che il richiedente dovrà pagare alla struttura

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

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

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

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

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

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

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

15

******PACCHETTI DI ESAMI DI LABORATORIO A CARATTERE PREVENTIVO
DONNA - MENOPAUSA**

**ESAMI SANGUE E URINE - PROFILO BASE
PRELIEVO SANGUE VENOSO – EMOCROMO - ALT/GPT – AZOTEMIA – CREATININA - BILIBURINA TOT -
AST/GOT --GAMMA GT – GLICEMIA – TRIGLICERIDI - COLESTEROLO TOT - COLESTEROLO LDL -
ELETTROFORESI PR. SIERICHE - URINE BASE
FOLLITROPINA (FSH)
LUTEOTROPINA (LH)
PROGESTERONE
ESTRADIOLO (E2)**

Valore pacchetto a carico di Mutua Nuova Sanità Euro 86,00

UOMO - ONCOLOGIA TOP

**ESAMI SANGUE E URINE - PROFILO BASE
PRELIEVO SANGUE VENOSO – EMOCROMO - ALT/GPT – AZOTEMIA – CREATININA - BILIBURINA TOT -
AST/GOT --GAMMA GT – GLICEMIA – TRIGLICERIDI - COLESTEROLO TOT - COLESTEROLO LDL -
ELETTROFORESI PR. SIERICHE - URINE BASE
URICEMIA
PSA REFLEX (CON EVENTUALE PSA FREE)
TIREOTROPINA (TSH) REFLEX
RICERCA SANGUE OCCULTO FECALE**

Valore pacchetto a carico di Mutua Nuova Sanità Euro 77,00

CUORE PIU'

ESAMI SANGUE E URINE - PROFILO BASE

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

CREATINCHINASI (CPK o CK)

PROTEINA C REATTIVA

MICROALBUMINURIA

Valore pacchetto a carico di Mutua Nuova Sanità Euro 54,00

PREVENZIONE SALUTE A TARIFFE CALMIERATE O CON VOUCHER PRESSO LE STRUTTURE ADERENTI

MUTUA METTE A DISPOSIZIONE DEI PROPRI ASSOCIATI PACCHETTI DI PREVENZIONE COMPRENDENTI :

- ESAMI DI LABORATORIO, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E DIAGNOSTICHE DISTINTE PER FASCE D'ETA'

Detti pacchetti saranno

- ✓ **ACCESSIBILI TUTTO L'ANNO A TARIFFE CALMIERATE** : per beneficiare della tariffa agevolata sarà sufficiente presentare alla struttura la tessera associativa in forma digitale identificandosi come socio MNS
- ✓ **DUE VOLTE ALL'ANNO (PRIMAVERA – AUTUNNO) RESI DISPONIBILI A TARIFFE ULTERIORMENTE AGEVOLATE TRAMITE VOUCHER** : nel merito sarà necessario effettuare la PROCEDURA DI RICHIESTA AUTORIZZAZIONE / PRESA IN CARICO – selezionando all'interno dell'area privata "PRESTAZIONI DIRETTE" la voce CAMPAGNA DI PREVENZIONE (o similare) NON VERRA' RICHIESTO IL CARICAMENTO DELLA PRESCRIZIONE MEDICA

I pacchetti disponibili sono consultabili sul sito www.mutuanuovasanita.it in una sezione dedicata alla PREVENZIONE. SUL SITO VERRANNO PERIODICAMENTE PUBBLICATE LE LOCANDINE DELLE CAMPAGNE ATTIVE, DELLE MODALITA' DI FRUIZIONE E DEI RELATIVI BENEFICIARI

16

CAMPAGNA DI PREVENZIONE ODONTOIATRICA

Almeno per 2 periodi / anno (primavera – autunno) vengono organizzate CAMPAGNE DI PREVENZIONE ODONTOIATRICA che consentono ai soci e loro familiari conviventi (anche se non iscritti alle prestazioni rimborsuali) di eseguire dell'ABLAZIONE TARTARO (igiene dentale) nei centri aderenti alla rete odontoiatrica Blue Assistance ed ottenerne il rimborso - la locandina dell'iniziativa con relativi dettagli verrà resa disponibile nei periodi previsti sia tramite comunicazione all'azienda che sul sito internet www.mutuanuovasanita.it

L'Accredito tramite PIN consentirà inoltre di beneficiare di agevolazioni (scontistica) in campo sanitario e fisioterapico previa visione delle strutture aderenti al Network Sanitario e Fisioterapico su sito <https://www.qurakare.com/reale-group/> in particolare nei territorio ove la rete convenzionata diretta MNS non è adeguatamente sviluppata

CAMPAGNA DI PREVENZIONE CARDIOLOGICA

Organizzata nelle strutture convenzionate in forma diretta con Mutua nel mese di Settembre in memoria di un'impiegata di Mutua prematuramente scomparsa

L'iniziativa prevede l'esecuzione di : visita cardiologico con ecocardio

CAMPAGNA DI PREVENZIONE Uditiva

Organizzate in collaborazione con i centri della rete TI ASCOLTO almeno 2 volte / anno.

L'iniziativa prevede l'esecuzione di :

Visita ed esame audiometrico in forma gratuita

PRESTAZIONI SANITARIE A TARIFFE AGEVOLATE
(ESTESE GRATUITAMENTE AL NUCLEO FAMILIARE COMPRESI I GENITORI SE CONVIVENTI)

CONVENZIONI SPECIALISTICHE ED OSPEDALIERE

Mutua Nuova Sanità è convenzionata con circa 700 Centri Medici pubblici e privati (circa 5.500 medici specialisti), operanti in diverse regioni in particolare del Centro Nord ove, presentando il tesserino con il bollino di convalida annuale, i soci, possono ottenere sulle prestazioni effettuate, la massima tempestività e sconti sulle prestazioni che oscillano tra il 5%-30%. L'elenco dei Centri Convenzionati e relativi tariffari è visibile sul sito internet www.mutuanuovasanita.it – con accesso **all'AREA SOCI - RETE CONVENZIONATA** – inserendo il proprio **CODICE FISCALE** e seguendo la procedura guidata

PRESTAZIONI IN AMBITO ODONTOIATRICO CON ACCESSO AL CIRCUITO BLUE ASSISTANCE/QURAKARE SUL TERRITORIO NAZIONALE

**(ESTESE GRATUITAMENTE AL NUCLEO FAMILIARE* DEL LAVORATORE ANCHE SE NON ISCRITTI)
REGOLAMENTO DEI SERVIZI ODONTOIATRICI BLUE ASSISTANCE SUI TERRITORI**

Accesso al complesso delle strutture odontoiatriche che hanno stipulato con BLUE ASSISTANCE/QURAKARE una convenzione sulla base della quale si sono impegnati a garantire al Titolare, nella fornitura delle loro prestazioni, oltre ad una qualità certificata, l'applicazione del nomenclatore tariffario di BLUE ASSISTANCE/ QURAKARE

Il servizio è rivolto al titolare dipendente/socio regolarmente iscritto a MUTUA NUOVA SANITA' ed è esteso al nucleo familiare del Titolare composto dal coniuge, o dal convivente more uxorio, e dai figli conviventi con il Titolare, come risultante dal certificato anagrafico di Stato di famiglia.

17

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

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

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE A TARIFFE AGEVOLATE

L'attivazione del servizio consente l'accesso ad un nomenclatore unico sul territorio nazionale per CURE ODONTOIATRICHE COMPLESSE ed IMPLANTOLOGIA. I costi delle prestazioni a tariffe agevolate restano a carico dell'utilizzatore.

MODALITA' PER FRUIRE DEL SERVIZIO ODONTOIATRICO BLUE ASSISTANCE

- 1 E' necessario un **Codice PIN ALFANUMERO assegnato al CAPONUCLEO socio di Mutua** : da **richiedere tramite mail all'indirizzo rimborsi@mutuanuovasanita.it**
- 2 Login tramite inserimento del Codice PIN precedentemente richiesto a MNS
- 3 Registrazione e compilazione del form che comparirà sulla pagina web;
- 4 Creazione e stampa del form (VOUCHER) da presentazione alla/al struttura odontoiatrica/medico odontoiatra scelto per eseguire la prestazione

MODALITA' DI PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

I corrispettivi forfettari delle Prestazioni Odontoiatriche saranno a carico del fruitore del Servizi

PRESTAZIONI ASSISTENZIALI legati all'associazione alla MUTUA

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

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

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

CONSIGLI MEDICI TELEFONICI

La *Centrale Operativa* mette a disposizione il proprio servizio di consulenza medica per informazioni e consigli sui primi provvedimenti da adottare in caso di *infortunio o malattia*. **Non saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche.** Il servizio opera 24 ore su 24 ore tutti i giorni dell'anno

INVIO DI UN MEDICO GENERICO/PEDIATRA O DI UN'AMBULANZA

Qualora l'Assicurato richieda una visita medica nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8, nei prefestivi dalle ore 14 alle ore 24 e nei festivi 24 ore su 24, la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, provvede ad inviare un medico. Qualora nessuno dei medici convenzionati con la Centrale Operativa sia immediatamente disponibile, la stessa organizza, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il trasferimento di quest'ultimo in una struttura sanitaria mediante autoambulanza o altro veicolo adatto alla circostanza.

Oppure, in alternativa alla prestazione “Invio di un medico generico/pediatra o di un'ambulanza”, qualora vi sia l'impossibilità di inviare fisicamente il medico/pediatra presso il domicilio dell'Assicurato, sarà possibile richiedere la prestazione indicata di seguito:

VIDEOCONSULTO CON UN MEDICO GENERICO O CON UN PEDIATRA

Qualora l'Assicurato, **successivamente alle dimissioni dalla struttura sanitaria**, necessiti di consultare un medico generico o un pediatra, la *Centrale Operativa* mette a disposizione il proprio **servizio di videoconsulenza** medica in lingua italiana, per informazioni e consigli sui primi provvedimenti da adottare, sui medicinali commercializzati in Italia, su composizione, equivalenza prodotti, posologia, eventuali controindicazioni e sul reperimento delle farmacie di turno. **Non saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche. Il videoconsulto può essere richiesto dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 20.**

TRASPORTO IN AMBULANZA

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

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

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

- stato di guerra dichiarata o stato di belligeranza di fatto, insurrezioni, saccheggi, occupazioni militari;

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

SONO ESCLUSE DAI SUSSIDI LE SEGUENTI PRESTAZIONI

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

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

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

19

ESTENSIONE VOLONTARIA DELLE PRESTAZIONI RIMBORSUALI AL 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 diversa specifica, accordo.

Le seguenti "voci di garanzia" e relativi sussidi sono riservate ai soli titolari di copertura (lavoratori dipendenti Coop.va sociale di riferimento)

MATERNITA' E GRAVIDANZA

PRESTAZIONI SOCIALI A RILEVANZA SANITARIA : sussidi per cicli di chemio-radioterapia

MODALITA' PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

- REGISTRAZIONE** ALL'AREA RIMBORSI PRESENTE SUL SITO DI MNS - seguendo la procedura guidata (consigliata***)
- INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE TRAMITE MAIL all'indirizzo rimborsi@mutuanuovasanita.it
- INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE TRAMITE NUMERO WHATSAPP 320.0313060

Per ciascuna pratica rimborsuale deve essere utilizzata una sola modalità d'invio

*****in caso di estensione della COPERTURA RIMBORSUALE al nucleo familiare ogni associato maggiorenne dovrà crearsi un proprio profilo personale nell'area web ad eccezione dei figli minorenni che sono legati al profilo del titolare di polizza.**

Registrandosi, oltre a caricare i documenti necessari al fine dell'ottenimento del rimborso si potrà monitorare lo stato di avanzamento della pratica nonché interagire direttamente con l'UFFICIO RIMBORSI

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA AI FINI DEL RIMBORSO

PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E DIAGNOSTICHE COMPRESO ESAMI DI LABORATORIO

- **Copia dell' impegnativa del medico curante/specializzato*/professionista* (farne copia prima di effettuare l'esame)**
- **Copia della fattura e/o ricevuta del ticket pagato, riportante il nr. di ricevuta, gli estremi del pagamento e i dati anagrafici completi dell'assistito (codice fiscale compreso)**
- **Per le prestazioni private è necessario allegare copia del pagamento tracciabile.**

20

Si precisa che il nominativo del medico che rilascia la prescrizione non può coincidere con il nominativo del medico che emette la fattura

PER ALTRE PRESTAZIONI COMPRESI NEL PIANO SANITARIO

- **Ogni altra documentazione in copia prevista per singola voce di garanzia**

PER LE RICHIESTE INVIATE TRAMITE MAIL O TRAMITE WHATSAPP E' SEMPRE NECESSARIO ALLEGARE

- **MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO SPESE SANITARIE/SUSSIDI (presente nel piano sanitario) compilato in ogni sua parte e debitamente sottoscritto pena la mancata presa in carico della richiesta**

In caso di fatture o ricevute per prestazioni esenti IVA di importo superiore ad € 77,47 (ad eccezione dei ticket sanitari), deve essere applicata e visibile una marca da bollo dell'importo di € 2,00 (o essere presente la dicitura "imposta di bollo virtualmente assolta" e la relativa autorizzazione del Ministero dell'Economia), come previsto dal DPR 642/72 ("Disciplina dell'imposta di bollo").

L'importo dell'imposta di bollo non sarà comunque rimborsato. La documentazione di spesa ricevuta in copia fotostatica viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre – **qualora si rendesse necessario richiedere la produzione degli originali – si provvederà a restituire all'associato la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.**

Mutua si riserva la facoltà di :

- richiedere ulteriore documentazione rispetto a quanto indicato al fine di valutare la rimborsabilità delle spese presentate;

TEMPISTICHE DI RIMBORSO

- I RIMBORSI VANNO RICHIESTI ENTRO 2 MESI (60GG.) DALLA DATA DI PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE
- LE PRATICHE RIMBORSUALI SONO LIQUIDATE ENTRO MAX 60 GG. FINE MESE DALLA DATA DI RICEVIMENTO DELLA DOCUMENTAZIONE COMPLETA
- LA DOCUMENTAZIONE DI SPESA RELATIVA ALL'ANNUALITA' DEVE ESSERE INVIATA ENTRO IL 31 GENNAIO DELL'ANNO SUCCESSIVO PER CONSENTIRE A MUTUA DI ADEMPIERE AD INDEROGABILI OBBLIGHI FISCALI ED AMMINISTRATIVI (INVIO DATI ALL'AGENZIA DELLE ENTRATE - 730 PRECOMPILATO)

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

**MODULO AUTORIZZAZIONE PER ACCESSO AL PACCHETTI DI PREVENZIONE
FONDO SANITARIO COOP.SOCIALI**

**DA CARICARE IN AREA PRIVATA RIMBORSI
PRESTAZIONI DIRETTE - RICHIEDI AUTORIZZAZIONE NEL CAMPO "PRESCRIZIONE MEDICA"**

COGNOME

NOME

contatto telefonico

e-mail

Aderente tramite Coop.va Sociale

PRESTAZIONE DA AUTORIZZARE

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

barrare la prestazione prenotata

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> VISITA GINECOLOGICA CON ECOGRAFIA | <input type="checkbox"/> VISITA UROLOGICA |
| <input type="checkbox"/> VISITA SENOLOGICA | <input type="checkbox"/> ECOGRAFIA APPARATO URINARIO /
ADDOME COMPLETO |
| <input type="checkbox"/> ECOGRAFIA MAMMARIA | <input type="checkbox"/> VISITA PROCTOLOGICA |

DATA APPUNTAMENTO

C/O CENTRO CONVENZIONATO

DATA

firma

☎ 0522-325110

📍 VIA KENNEDY 15 - REGGIO EMILIA

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

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

1. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

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

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

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

3. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

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

4. BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO DEI DATI

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

5. EVENTUALI DESTINATARI DEI DATI

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

6. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

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

7. TRASFERIMENTO DEI DATI

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

8. CONFERIMENTO DEI DATI.

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

9. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Relativamente ai dati medesimi, l'Interessato, o un soggetto delegato per iscritto, può esercitare i seguenti diritti: a) il diritto di accesso, espressamente previsto dall'art. 15 del Reg. UE 2016/679, ossia la possibilità di accedere a tutte le informazioni di carattere personale che lo riguardano; b) il diritto di rettifica, espressamente previsto dall'art. 16 del Reg. UE 2016/679, ossia la possibilità di ottenere l'aggiornamento di dati personali inesatti che lo riguardano senza giustificato ritardo; c) il diritto

all'oblio, espressamente previsto dall'art. 17 del Reg. UE 2016/679, consistente nel diritto alla cancellazione dei dati personali che riguardano il diretto interessato; d) il diritto di limitazione di trattamento quando ricorre una delle ipotesi previste dall'art. 18 del Reg. UE 2016/679; e) il diritto a ricevere l'attestazione che le operazioni effettuate a norma degli artt. 16, 17 e 18 Reg. UE 2016/679 siano state portate a conoscenza di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, salvo che ciò si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato, ai sensi dell'art. 19 Reg. UE 2016/679; f) il diritto alla portabilità dei dati, espressamente previsto dall'art. 20 del Reg. UE 2016/679, ossia il diritto ad ottenere in un formato interoperabile i propri dati e/o il diritto a veder trasmessi i propri dati personali a un altro titolare del trattamento senza impedimenti; g) il diritto di opposizione al trattamento dei dati personali, espressamente previsto dall'art. 21 del Reg. UE 2016/679; h) il diritto di revoca del consenso in qualsiasi momento, come stabilito dall'art. 7 del Reg. UE 2016/679; i) il diritto di proporre reclamo ad un'autorità di controllo, ai sensi dell'art. 77 del Reg. UE 2016/679; l) il diritto a proporre ricorso giurisdizionale in caso di trattamento illecito dei dati, anche avverso gli atti assunti dal Garante ai sensi dell'art. 78 del Reg. UE 2016/679. Per esercitare i suoi diritti potrà rivolgersi al Titolare del trattamento ai punti di contatto indicati dalla presente informativa. Il titolare del trattamento resta a disposizione per qualsiasi necessità di chiarimento e, qualora il trattamento dovesse essere modificato rispetto a quello descritto nel presente documento, il titolare fornirà un'apposita informativa aggiornata.

CONSENSO SOCIO

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

Sì

NO

Data e luogo _____

Firma _____

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

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

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

Sì

NO

Data e luogo _____

Firma _____

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

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

Sì

NO

Data e luogo _____

Firma _____

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

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

Sì NO

Data e luogo _____ Firma _____

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

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

del/la minore _____ nato/a a _____ il _____
C.F. _____

del/la minore _____ nato/a a _____ il _____
C.F. _____

del/la minore _____ nato/a a _____ il _____
C.F. _____

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

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

Sì NO

Data e luogo _____

Genitori/tutori del minore:

Nome _____ Cognome _____ Firma _____

Nome _____ Cognome _____ Firma _____

Allegato 1) **ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

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 mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
7. Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

8. Interventi per neoplasie del globo oculare
9. Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

10. Asportazione di tumori maligni del cavo orale
11. Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
12. Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
13. Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
14. Ricostruzione della catena ossiculare
15. Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
16. Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

17. Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
18. Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

19. Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
20. Interventi per fistole bronchiali
21. Interventi per echinococchi polmonare
22. Pneumectomia totale o parziale
23. Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

24. Interventi sul cuore per via toracotomica
25. Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
26. Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
27. Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
28. Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
29. Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
30. Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

31. Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
32. Interventi con esofagoplastica
33. Intervento per mega-esofago
34. Resezione gastrica totale
35. Resezione gastro-digiunale
36. Intervento per fistola gastro-digiunocolica
37. Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)

- 38. Interventi di amputazione del retto-ano
- 39. Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- 40. Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- 41. Drenaggio di ascesso epatico
- 42. Interventi per echinococcosi epatica
- 43. Resezioni epatiche
- 44. Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- 45. Interventi chirurgici per ipertensione portale
- 46. Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- 47. Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- 48. Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- 49. Nefroureterectomia radicale
- 50. Surrenalectomia
- 51. Interventi di cistectomia totale
- 52. Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- 53. Cistoprostatovescicolectomia
- 54. Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- 55. Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- 56. Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- 57. Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- 58. Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- 59. Interventi per costola cervicale
- 60. Interventi di stabilizzazione vertebrale
- 61. Interventi di resezione di corpi vertebrali
- 62. Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- 63. Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- 64. Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati entro 18 mesi dalla nascita)

- 65. Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- 66. Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- 67. Correzione chirurgica di megauretere congenito
- 68. Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- 69. Tutti

CHIRURGIA GENERALE

- 70. Mastectomia unilaterale e/o bilaterale e ulteriori interventi ricostruttivi