



Società Mutua Piemonte ETS
Società di Mutuo Soccorso
Fondata a Pinerolo

REGOLAMENTO SOCIALE

(Revisione del 03/06/2020)

SOCIETÀ MUTUA PIEMONTE ETS
via Cravero, 44 - 10064 PINEROLO (TO)
tel. 0121/795191
cod. fisc.: 94534670016 - REA: TO-1182126

REGOLAMENTO SOCIALE

ART. 1

Il presente Regolamento è redatto ai sensi degli art. 4 e 21 dello Statuto della Società di Mutuo Soccorso "SOCIETÀ MUTUA PIEMONTE ETS" con sede in Pinerolo.

ART. 2 PRESTAZIONI

Le prestazioni della Mutua, in conformità e allo stato attuale del S.S.N., consistono in assistenze integrative complementari o sostitutive dell'assistenza pubblica e precisamente:

- a) rimborso spese per assistenza specialistica ambulatoriale;
- b) rimborso spese per ricoveri in ospedali pubblici e privati, case di cura, in Italia e all'estero;
- c) assistenza odontoiatrica;
- d) assistenza domiciliare e ospedaliera;
- e) indennità economiche giornaliere per malattie ed infortuni;
- f) previdenza integrativa;
- g) turismo climatico e culturale;
- h) assistenza sociale e trasporti.

Il Consiglio d'Amministrazione delibera le caratteristiche delle varie prestazioni, le norme di erogazione, i limiti delle stesse e la loro decorrenza. Il Consiglio stabilisce inoltre i limiti d'età per usufruire delle prestazioni e potrà dare attuazione anche parziale alle assistenze elencate nel presente articolo.

ART. 3 ADESIONI - VARIAZIONI - NEONATI

Il Socio può aderire a tutte, a più od anche ad una sola delle varie assistenze previste all'art. 2 versando le relative quote associative, secondo le norme e i limiti stabiliti con delibera del Consiglio d'Amministrazione.

L'adesione del Socio a nuove forme di assistenza, aggiuntive o sostitutive di quelle alle quali già aderisce (variazione), comporta l'osservanza di tutte le norme stabilite dal Consiglio d'Amministrazione riguardanti le variazioni d'assistenza da lui effettuate.

La facoltà di variazione deve essere esercitata entro il 31 gennaio di ogni anno.

ART. 4

Per i neonati le prestazioni mutualistiche hanno effetto immediato purché iscritti entro 30 giorni dalla nascita.

ART. 5 ESCLUSIONI

I Soci non possono ottenere le prestazioni previste all'art. 2 del presente Regolamento per malattie e complicanze di patologie preesistenti alla data dell'iscrizione o a quella di variazione della loro posizione d'assistenza.

Sono, inoltre, escluse:

- le malattie nervose e/o mentali;
- le malattie congenite;
- le malattie e/o gli infortuni provocati da fatti colposi di terzi;

- le conseguenze derivanti da abuso di alcolici o di psicofarmaci, da uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni.

Sono pure escluse le prestazioni:

- per cure estetiche;
- per malattie e/o infortuni derivanti da risse ed ubriachezza, da maneggio di armi o, in genere, da manifesta imprudenza;
- per malattie e/o infortuni causati da competizioni sportive agonistiche;
- tutte le prestazioni, sia sanitarie sia economiche, eseguite a scopo preventivo, con particolare riguardo ai check-up.

Sono inoltre escluse dall'attività le conseguenze di calamità o epidemie a carattere catastrofico.

Il rimborso delle prestazioni si prescrive decorsi due mesi dalla data in cui sono terminate.

Nessuna prestazione, sia nei casi di ricovero sia di day-hospital, è ammissibile se non è stata erogata da un Istituto autorizzato come ospedale pubblico o clinica privata.

ART. 6 QUOTE ASSOCIATIVE E TASSA DI AMMISSIONE

Il Consiglio d'Amministrazione provvederà ogni anno a determinare la misura delle quote associative annue, che decorreranno dal primo giorno dell'anno successivo. Le quote associative potranno essere ridotte per le famiglie composte di più persone con sconti stabiliti dal Consiglio d'Amministrazione.

È demandata al Consiglio d'Amministrazione la facoltà di applicare per i nuovi iscritti una tassa di ammissione alla Mutua.

ART. 7

Le quote associative devono essere pagate in via anticipata e di norma entro i primi 31 giorni dell'anno.

È ammesso anche il pagamento in due rate con le seguenti scadenze: 1° rata 31 gennaio - 2° rata 30 giugno.

In base ad accordi aziendali, particolari forme di pagamento potranno essere accolte dal Consiglio d'Amministrazione.

I Soci che aderiranno alla Mutua durante l'anno verseranno le quote, per le assistenze prescelte, pari a tanti dodicesimi quanti sono i mesi che separano il momento dell'iscrizione al 31 dicembre.

La quota sociale relativa alle assistenze dei punti c), g) e h) dell'art. 2, non è divisibile in dodicesimi; il Socio pagherà l'intera quota di tesseramento concernente l'anno in corso qualsiasi sarà la data d'iscrizione.

Ove il Socio non provveda al pagamento entro il periodo indicato, le prestazioni resteranno sospese e potranno essere riacquistate in futuro con la carenza di giorni 30 mediante il pagamento delle rate scadute. Ove tale morosità superi i quattro mesi, il Socio potrà riottenere le prestazioni con una carenza di mesi tre e dietro presentazione di un

certificato medico attestante le buone condizioni di salute del Socio, accettato dalla Mutua.

La morosità è causa di decadenza automatica al termine di ogni anno.

La sospensione del pagamento non libera il Socio dall'obbligo legale del saldo dei contributi annuali.

È facoltà del Consiglio d'Amministrazione, in deroga a quanto previsto dal presente Regolamento, deliberare modalità diverse di adesione. Il Consiglio d'Amministrazione può, in funzione dello spirito del Mutuo Soccorso, erogare contributi e speciali assistenze, non contemplati dal presente Regolamento, ai Soci che si trovano in particolari condizioni.

ART. 8 RAPPORTI CON STRUTTURE ORGANIZZATIVE ESTERNE

La Società Mutua Piemonte, in base a quanto previsto dall'art. 3 dello Statuto costituisce, per svolgere il suo compito, gruppi di Soci che usufruiscono delle strutture di Società Operaie di Mutuo Soccorso e di Associazioni che deliberano in tal senso. I rapporti della SMP con le Società Operaie e le Associazioni sono regolati da accordi bilaterali.

ART. 9 TUTELA DEI DATI PERSONALI

Tutti i documenti e le informazioni richiesti all'associato sulla base del Regolamento sono tutelati dalla normativa sul trattamento dei dati in base al Regolamento UE 2016/679 e successive modificazioni.

Al momento dell'iscrizione la Società Mutua Piemonte rilascia adeguata informativa scritta al consenso per il trattamento dei dati personali.

Il Socio sarà informato di ogni variazione legislativa che riguarda i suoi diritti.

ART. 10 ASSISTENZE

ASSISTENZA OSPEDALIERA (ADO)

L'Assistenza Ospedaliera (ADO) di cui alla lettera d) dell'art. 2 del Regolamento generale, consiste nella vigilanza dei Soci ricoverati in ospedali o cliniche private.

L'iscrizione a questa assistenza è limitata ai residenti nelle località in cui la Società Mutua Piemonte opera in forma diretta.

Iscrizioni

L'iscrizione a questa forma di assistenza per il Socio e i familiari compresi nel suo stato anagrafico di famiglia, è consentita fino a 75 anni compiuti.

Qualunque variazione al nucleo familiare dovrà essere comunicata alla Mutua entro il 20° giorno dal suo verificarsi.

In un nucleo familiare è consentita l'iscrizione autonoma di ogni singolo componente con versamento della relativa quota.

Decorrenza

Le prestazioni decorrono dopo 90 giorni dall'iscrizione.

Assistibilità

Ogni nucleo familiare (o singola persona) è assistito fino ad un massimo annuo di 240 ore diurne o notturne, in modo continuato o alternato.

L'assistenza diurna è erogata in turni minimi di tre ore. L'assistenza notturna è erogata in turni minimi di nove ore consecutive.

Se l'iscrizione all'assistenza ospedaliera non decorre dal mese di gennaio, l'iscritto può fruire di tanti dodicesimi del massimale annuo previsto per quanti sono i mesi di effettiva iscrizione.

Fermo restando il massimo annuo di 240 ore di assistenza, chi usufruisce anche in due anni successivi, di detto massimale, non può usufruire di nuova assistenza se non sono trascorsi 60 giorni dalla data in cui è stato raggiunto il massimo di assistibilità.

Nel caso di iscrizioni singole, all'interno dello stesso nucleo familiare, le ore spettanti ad ogni Socio non sono trasferibili ad altri membri della famiglia.

Assistenza

L'assistenza è erogata di norma, in forma diretta da enti, organismi, associazioni o cooperative a ciò abilitati e autorizzati dalla Mutua.

L'assistenza in forma diretta è prevista negli ospedali del Piemonte e di Milano.

Qualora, per ragioni indipendenti dalla volontà della SMP, non sia possibile in questi ospedali l'erogazione dell'assistenza in forma diretta, la Mutua assisterà i Soci in forma indiretta.

L'assistenza in forma indiretta per un massimo di 100 ore all'anno (nell'ambito delle 240) è prevista in tutti gli ospedali italiani ed esteri non compresi nell'elenco precedente.

I rimborsi orari delle assistenze effettuate in forma indiretta sono effettuati fino all'importo massimo corrisposto alle assistenze effettuate in forma diretta dietro presentazione di regolare fattura quietanzata.

Modalità e prassi

L'assistenza è erogata soltanto se preventivamente autorizzata dal personale sanitario responsabile del reparto ove è ricoverato il Socio da assistere.

Tale autorizzazione (richiesta all'ospedale da parte dei familiari) deve essere consegnata al personale che farà assistenza al malato.

Oltre all'autorizzazione deve essere consegnata, su eventuale richiesta della Mutua, la dichiarazione dell'ospedale che il paziente ha bisogno di assistenza integrativa di sostegno. Tale dichiarazione potrà essere richiesta specialmente nel caso di assistenza in orario diurno 8,00 - 11,00 o continuativa 24 ore su 24.

Il Socio, o i suoi familiari, per ottenere l'assistenza deve farne richiesta alla Mutua (anche telefonicamente) con almeno 24 ore di preavviso.

Non saranno riconosciute pendenze economiche per orari concordati direttamente con le assistenti, senza autorizzazione preventiva della Mutua.

Casi di eccezionale acuzie saranno presi in considerazione dalla Mutua entro le 24 ore dalla comunicazione.

L'assistenza al degente comprenderà tutte le prestazioni che non rientrano, per legge, contratto di lavoro o regolamenti interni, nelle competenze proprie del personale sanitario e parasanitario dell'istituto di cura.

Esclusioni e limiti

La Mutua non si fa carico di eventuali incongruenze o disservizi derivanti da fattori estranei alla sua attività.

L'assistenza a favore di malati cronici è erogata su domanda degli interessati, di volta in volta, a giudizio insindacabile della direzione della Mutua.

La Mutua nel caso di comprovata irregolarità potrà sospendere, anche immediatamente, ogni assistenza senza che ciò precluda l'adozione di altri provvedimenti.

ASSISTENZA OSPEDALIERA E DOMICILIARE (ADO2)

L'Assistenza Ospedaliera e domiciliare (ADO2) di cui alla lettera d) dell'art. 2 del Regolamento generale, è comprensiva di tutto quanto previsto nell'Assistenza Ospedaliera (ADO) con relative modalità e limitazioni e comprende inoltre l'Assistenza Domiciliare a favore dei Soci dimessi da un presidio ospedaliero.

L'Assistenza Domiciliare è limitata al territorio dove la Società Mutua Piemonte ha possibilità di operare.

Iscrizioni

L'iscrizione a questa forma di assistenza per il Socio e i familiari compresi nel suo stato anagrafico di famiglia, è consentita fino a 75 anni compiuti.

Qualunque variazione al nucleo familiare dovrà essere comunicata alla Mutua entro il 20° giorno dal suo verificarsi.

In un nucleo familiare è consentita l'iscrizione autonoma di ogni singolo componente con versamento della relativa quota.

Decorrenza

Le prestazioni decorrono dopo 90 giorni dall'iscrizione

Assistibilità

Ogni nucleo familiare (o singola persona) è assistito a domicilio per un massimo di 50 ore.

L'assistenza è erogata in turni da un minimo di due ore giornaliere.

Qualora l'iscrizione all'Assistenza Domiciliare non decorra dal mese di gennaio, l'iscritto può fruire di tanti dodicesimi del massimale previsto per i mesi d'effettiva iscrizione.

Fermo restando il massimo annuo di 50 ore di assistenza, chi usufruisce anche in due anni successivi, di detto massimale, non può usufruire di nuova assistenza se non sono trascorsi 60 giorni dalla data in cui è stato raggiunto il massimo di assistibilità.

Nel caso di iscrizioni singole, all'interno dello stesso nucleo familiare, le ore spettanti ad ogni Socio non sono trasferibili ad altri membri della famiglia.

Modalità e prassi

L'assistenza è erogata soltanto ai Soci dimessi da un presidio ospedaliero, indipendentemente che sia stata prestata o no l'assistenza ospedaliera, ed è necessario presentare una certificazione del presidio ospedaliero indicante il giorno di dimissioni, la diagnosi e la prognosi, sono altresì ammesse certificazioni redatte dal medico curante con diagnosi e prognosi.

Per avere diritto all'assistenza, la richiesta deve essere fatta entro 48 ore dalle dimissioni dell'ospedale e la Mutua s'impegna ad intervenire entro le 24 ore successive.

I servizi erogati saranno unicamente quelli sotto elencati:

1. Igiene della persona;
2. Riassetto e pulizia di prima necessità della camera del paziente;
3. Consegnare e ritirare la biancheria in lavanderia;
4. Preparare e somministrare pasti;
5. Acquistare generi alimentari e medicinali (solo con ricetta medica);
6. Prenotare e ritirare esami medici presso ASL, laboratori privati e/o strutture di supporto solo con delega;
7. Controllare e assistere nella somministrazione della dieta;
8. Aiutare il paziente per la corretta assunzione dei farmaci prescritti e per il corretto utilizzo di apparecchiature medicali di semplice uso;
9. Effettuare piccole medicazioni o cambio delle stesche;
10. Collaborare ed educare al movimento e favorire movimenti di mobilitazione semplici;
11. Svolgere attività di informazione sui servizi del territorio e curare il disbrigo di pratiche burocratiche;
12. Custodia dei figli fino a 12 anni, o della persona convivente non autosufficiente, lasciati temporaneamente soli.

Esclusioni e limiti

La Mutua non si fa carico di eventuali incongruenze o disservizi derivanti da fattori estranei alla sua attività.

L'assistenza a favore di malati cronici, è erogata su domanda degli interessati, di volta in volta a giudizio insindacabile della direzione della Mutua.

La Mutua nel caso di comprovata irregolarità potrà sospendere, anche immediatamente, ogni assistenza senza che ciò precluda l'adozione di altri provvedimenti.

L'assistenza domiciliare non può essere concessa quando il Socio o il familiare è domiciliato presso qualsiasi istituto di cura, di riposo o simili, come non è concessa in presenza di familiari in grado di assistere efficacemente la persona per cui è richiesto l'intervento.

ASSISTENZA OSPEDALIERA E DOMICILIARE (ADO3)

L'Assistenza ospedaliera e domiciliare (ADO3) di cui alla lettera d) dell'art. 2 del Regolamento generale, è comprensiva di tutto quanto previsto nell'Assistenza ospedaliera (ADO) con relative modalità e limitazioni e comprende inoltre l'Assistenza domiciliare a favore dei Soci colpiti temporaneamente (intendendosi per temporaneo l'evento morboso non di carattere cronico) da malattia o da infortunio come da certificazione rilasciata dal medico curante. Tale assistenza è limitata al territorio dove la Società Mutua Piemonte ha possibilità di operare.

Iscrizioni

L'iscrizione a questa forma di assistenza per il Socio e i familiari compresi nel suo stato anagrafico di famiglia, è consentita fino a 75 anni compiuti.

Qualunque variazione al nucleo familiare dovrà essere comunicata alla Mutua entro il 20° giorno dal suo verificarsi.

In un nucleo familiare è consentita l'iscrizione autonoma di ogni singolo componente con versamento della relativa quota.

Decorrenza

Le prestazioni decorrono dopo 90 giorni dall'iscrizione

Assistibilità

Ogni nucleo familiare (o singola persona) è assistito a domicilio per un massimo di 90 ore.

L'assistenza è erogata in turni minimi di due ore giornaliere.

Qualora l'iscrizione all'Assistenza domiciliare non decorra dal mese di gennaio, l'iscritto può fruire di tanti dodicesimi del massimale previsto per i mesi d'effettiva iscrizione.

Fermo restando il massimo annuo di 90 ore di assistenza, chi usufruisce anche in due anni successivi, di detto massimale, non può usufruire di nuova assistenza se non sono trascorsi 60 giorni dalla data in cui è stato raggiunto il massimo di assistibilità.

Modalità e prassi

Per avere diritto all'assistenza, è necessario presentare una certificazione redatta dal medico curante con diagnosi e prognosi o certificazione del presidio ospedaliero indicante il giorno di dimissioni, la diagnosi e la prognosi.

La Mutua s'impegna ad intervenire entro le 24 ore successive.

L'assistenza è erogata di norma, in forma diretta da enti, organismi, associazioni persone o cooperative a ciò abilitati e autorizzati dalla Mutua. È fatto obbligo ai Soci di avvalersi degli enti convenzionati dalla Mutua per fruire delle prestazioni.

I servizi erogati saranno unicamente quelli sotto elencati:

1. Igiene della persona;

2. Riassetto e pulizia di prima necessità della camera del paziente;
3. Consegnare e ritirare la biancheria in lavanderia;
4. Preparare e somministrare pasti;
5. Acquistare generi alimentari e medicinali (solo con ricetta medica);
6. Prenotare e ritirare esami medici presso ASL, laboratori privati e/o strutture di supporto solo con delega;
7. Controllare e assistere nella somministrazione della dieta;
8. Aiutare il paziente per la corretta assunzione dei farmaci prescritti e per il corretto utilizzo di apparecchiature medicali di semplice uso;
9. Effettuare piccole medicazioni o cambio delle stesse;
10. Collaborare ed educare al movimento e favorire movimenti di mobilitazione semplici;
11. Svolgere attività di informazione sui servizi del territorio e curare il disbrigo di pratiche burocratiche;
12. Custodia dei figli fino a 12 anni, o della persona convivente non autosufficiente, lasciati temporaneamente soli.

Esclusioni e limiti

La Mutua non si fa carico di eventuali incongruenze o disservizi derivanti da fattori estranei alla sua attività.

Non saranno riconosciute pendenze economiche per orari concordati direttamente con le assistenti, senza autorizzazione preventiva della Mutua.

La Mutua nel caso di comprovata irregolarità potrà sospendere, anche immediatamente, ogni assistenza senza che ciò precluda l'adozione di altri provvedimenti.

L'Assistenza domiciliare non può essere concessa quando il Socio o il familiare è domiciliato presso qualsiasi istituto di cura, di riposo o simili, parimenti non è concessa in presenza di familiari in grado di assistere efficacemente la persona per cui è richiesto l'intervento.

ASSISTENZA OSPEDALIERA, DOMICILIARE E INFERMIERISTICA (ADO4)

L'Assistenza ospedaliera, domiciliare e infermieristica di cui alla lettera d) dell'art. 2 del Regolamento generale, è comprensiva di tutto quanto previsto nell'Assistenza ospedaliera (ADO) con relative modalità e limitazioni, comprende inoltre l'Assistenza domiciliare a favore dei Soci colpiti temporaneamente (intendendosi per temporaneo l'evento morboso non di carattere cronico) da malattia o da infortunio come da certificazione rilasciata dal medico curante e offre alcune prestazioni infermieristiche come da prescrizione medica.

L'Assistenza domiciliare è limitata al territorio dove la Società Mutua Piemonte ha possibilità di operare.

Iscrizioni

L'iscrizione a questa forma di assistenza per il Socio e i familiari compresi nel suo stato anagrafico di famiglia, è consentita fino a 75 anni compiuti.

Qualunque variazione al nucleo familiare dovrà essere comunicata alla Mutua entro il 20° giorno dal suo verificarsi.

In un nucleo familiare è consentita l'iscrizione autonoma di ogni singolo componente con versamento della relativa quota.

Decorrenza

Le prestazioni decorrono dopo 90 giorni dall'iscrizione.

Assistenza domiciliare

Ogni nucleo familiare (o singola persona) è assistito a domicilio per un massimo di 90 ore.

L'assistenza è erogata in turni minimi di due ore giornaliere.

Qualora l'iscrizione all'Assistenza domiciliare non decorra dal mese di gennaio, l'iscritto può fruire di tanti dodicesimi del massimale previsto per i mesi d'effettiva iscrizione.

Fermo restando il massimo annuo di 90 ore di assistenza, chi usufruisce anche in due anni successivi, di detto massimale, non può usufruire di nuova assistenza se non sono trascorsi 60 giorni dalla data in cui è stato raggiunto il massimo di assistibilità.

Nel caso di iscrizioni singole, all'interno dello stesso nucleo familiare, le ore spettanti ad ogni Socio non sono trasferibili ad altri membri della famiglia.

I servizi erogati saranno unicamente quelli sotto elencati:

1. Igiene della persona;
2. Riassetto e pulizia di prima necessità della camera del paziente;
3. Consegnare e ritirare la biancheria in lavanderia;
4. Preparare e somministrare pasti;
5. Acquistare generi alimentari e medicinali (solo con ricetta medica);
6. Prenotare e ritirare esami medici presso ASL, laboratori privati e/o strutture di supporto solo con delega;
7. Controllare e assistere nella somministrazione della dieta;
8. Aiutare il paziente per la corretta assunzione dei farmaci prescritti e per il corretto utilizzo di apparecchiature medicali di semplice uso;
9. Effettuare piccole medicazioni o cambio delle stesse;
10. Collaborare ed educare al movimento e favorire movimenti di mobilitazione semplici;
11. Svolgere attività di informazione sui servizi del territorio e curare il disbrigo di pratiche burocratiche;
12. Custodia dei figli fino a 12 anni, o della persona convivente non autosufficiente, lasciati temporaneamente soli.

Prestazioni infermieristiche

Ogni nucleo familiare (o singola persona) ha la possibilità di richiedere, come da certificato del medico curante, fino a un massimo di 20 prestazioni infermieristiche a domicilio.

Le prestazioni infermieristiche consistono in medicazioni e iniezioni.

Modalità e prassi

L'Assistenza domiciliare e le prestazioni infermieristiche sono erogate indipendentemente che sia stata prestata o no l'Assistenza ospedaliera, ed è necessario presentare una certificazione redatta dal medico curante con diagnosi e prognosi. Per avere diritto ai servizi, la richiesta deve essere fatta entro 48 ore dall'evento e la Mutua s'impegna ad intervenire entro le 24 ore successive.

Esclusioni e limiti

La Mutua non si fa carico di eventuali incongruenze o disservizi derivanti da fattori estranei alla sua attività.

La Mutua nel caso di comprovata irregolarità potrà sospendere, anche immediatamente, ogni assistenza o servizio senza che ciò precluda l'adozione di altri provvedimenti.

L'Assistenza domiciliare e le prestazioni infermieristiche non possono essere concesse quando il Socio o il familiare è domiciliato presso qualsiasi istituto di cura, di riposo o simili.

L'Assistenza domiciliare inoltre non è concessa in presenza di familiari in grado di assistere efficacemente la persona per cui è richiesto l'intervento.

ASSISTENZA TRASPORTI

L'Assistenza trasporti di cui alla lettera h) dell'art. 2 del Regolamento generale, consiste nel rimborso di trasporti in ambulanza.

Iscrizioni

L'iscrizione a questa forma di assistenza per il Socio e i familiari compresi nel suo stato anagrafico di famiglia, è consentita fino a 75 anni compiuti.

Qualunque variazione al nucleo familiare dovrà essere comunicata alla Mutua entro il 20° giorno dal suo verificarsi.

Questa assistenza deve essere abbinata ad almeno un'altra forma di assistenza della SMP.

Decorrenza

Le prestazioni decorrono dopo 30 giorni dall'iscrizione.

Assistibilità

Ogni nucleo familiare ha a disposizione un massimo di 40 rimborsi di viaggi in ambulanza per visite, esami in ospedali e cliniche private e ricoveri e dimissioni in ospedale e trasporto gratuito con autoveicolo SMP esclusivamente per ricoveri e dimissioni.

Assistenza

Al Socio in caso di trasporto in ambulanza viene rimborsato il 50% della tariffa pagata, dietro presentazione di ricevuta del trasporto effettuato dalla Croce Rossa o dalla Croce Verde o similari, fino ad un massimo di 40 viaggi effettuati sul territorio nazionale.

Fermo restando il massimo annuo dell'assistenza il nucleo familiare che usufruisce anche in due anni successivi di detto massimale, non può usufruire di nuova assistenza se non sono trascorsi 60 giorni dalla data in cui è stato raggiunto il massimo di assistibilità.

Per chi ha aderito all'Assistenza Ospedaliera oppure all'Assistenza Ospedaliera e Domiciliare, è possibile richiedere alla Mutua il trasporto gratuito che sarà effettuato da personale autorizzato utilizzando l'autoveicolo della SMP in caso di ricovero e dimissioni (compresi day hospital) negli Ospedali di Torino e provincia. Il tempo del trasporto sarà detratto dalle 240 ore di Assistenza Ospedaliera. Il servizio non sarà prestato nei giorni festivi. Il Socio, od i suoi familiari, per ottenere l'assistenza deve farne richiesta alla Mutua (anche telefonicamente) con almeno 24 ore di preavviso.

Modalità e prassi

Per quanto riguarda i trasporti in ambulanza, il Socio concorderà direttamente il trasporto con la Croce Rossa o la Croce Verde o similari. La Mutua provvederà al rimborso secondo le modalità previste dietro presentazione della ricevuta di pagamento.

Per quanto riguarda il trasporto gratuito con il veicolo della SMP il Socio dovrà farne richiesta alla Società Mutua Piemonte (anche telefonicamente) con 24 ore di preavviso. Tale servizio sarà effettuato esclusivamente nei giorni feriali per ricoveri o dimissioni da ospedale.

ASSISTENZA ODONTOIATRICA

L'assistenza Odontoiatrica di cui alla lettera c) dell'art. 2 del Regolamento generale prevede la possibilità per ogni iscritto di accedere ad una Rete di Strutture Odontoiatriche, usufruendo per ogni prestazione di un tariffario convenzionato e controllato.

Tale Rete offre, inoltre, l'opportunità di effettuare gratuitamente un'ablazione del tartaro all'anno.

Iscrizioni

L'iscrizione a questa forma di assistenza non è vincolata da limiti di età.

È possibile sottoscrivere l'adesione singolarmente.

Decorrenza

Le prestazioni decorrono dopo 30 giorni dall'iscrizione.

Prestazioni

1. Prima visita gratuita

Formulazione di un piano di cure e stesura di un preventivo (il preventivo viene controllato e

controfirmato dalla Società Mutua Piemonte, che garantisce siano state applicate le tariffe concordate).

Il pagamento delle terapie viene effettuato direttamente dai pazienti.

2. Ablazione del tartaro annuale gratuita

Tale prestazione viene eseguita in forma diretta presso una struttura convenzionata; la fattura viene inviata direttamente a Società Mutua Piemonte.

Esclusioni

Non sono previste esclusioni alla presente forma di assistenza; in particolare, non sono soggette a restrizioni di alcun tipo le patologie preesistenti.

Modalità e prassi

1. Il Socio all'atto d'iscrizione firma la lettera d'impegno.
2. Ogni volta che intende utilizzare il servizio, il Socio contatta la SMP e indica lo Studio prescelto, tra quelli convenzionati, segnalando la prestazione richiesta. Successivamente effettua la prenotazione presso lo Studio Medico.
3. La SMP invia allo Studio la presa in carico.
4. Lo Studio invia alla SMP il preventivo di piano di cura per la controfirma o la fattura per l'ablazione del tartaro secondo le tariffe concordate.

INDENNITÀ DI RICOVERO - SOLUZIONE A

L'assistenza indennità di ricovero soluzione A di cui alla lettera b) dell'art. 2 del Regolamento generale, prevede indennità o rimborsi per ricoveri in strutture pubbliche e private. Sono assistibili anche i ricoveri in regime di day-hospital. È valida in Italia e all'estero.

Iscrizioni

L'iscrizione a questa forma d'assistenza è consentita fino a 69 anni compiuti.

È obbligatoria l'iscrizione di tutti i componenti del nucleo familiare (conviventi compresi).

Decorrenza

Le prestazioni decorrono dalle ore 24 del giorno d'iscrizione in caso di infortunio, dopo 30 giorni in caso di malattia e 300 in caso di parto.

Assistibilità

Il Socio è assistibile per un massimo di 90 giorni all'anno.

Il Socio affetto da forme morbose ad andamento cronico è assistibile, nell'arco dell'intera vita associativa, per un massimo cumulato di 90 giorni in strutture sanitarie pubbliche di cui 60 giorni, con un rimborso giornaliero massimo di € 80,00, in caso di ricovero a pagamento.

Fermo restando il periodo massimo assistibile di 90 giorni per anno, il Socio che usufruisce in continuazione, anche in due anni successivi, del periodo massimo predetto, non può usufruire di nuova assistenza se non sono trascorsi 60 giorni

dalla data in cui è stato raggiunto il periodo massimo assistibile.

Qualora l'iscrizione non decorra dal mese di gennaio, l'assistito può fruire di tanti dodicesimi di 90 giorni per quanti sono i mesi di effettiva iscrizione.

Anticipazioni

Nel caso di particolari situazioni economiche e a fronte di rilevanti spese da sostenere, il Socio potrà richiedere al Consiglio d'Amministrazione, un'anticipazione.

PRESTAZIONI

1) Ricoveri in clinica privata per interventi di alta chirurgia

I Soci sottoposti ad interventi di alta chirurgia specialistica compresi nell'elenco approvato dal Consiglio d'Amministrazione, sono rimborsati delle spese concernenti il ricovero (degenza, sala operatoria, medici, esami, ecc.) fino a un massimale di € 52.000,00 per anno e per persona. I rimborsi saranno calcolati applicando quanto previsto dal tariffario SMP.

Sono escluse dal rimborso le spese extra (telefono, bar, pernottamento e pasti ospiti, ecc.).

2) Altri ricoveri in clinica privata e camere a pagamento in ospedali pubblici.

Rimborso giornaliero onnicomprensivo di € 155,00, elevato a € 210,00 in caso di ricovero per l'accertamento e il trattamento medico e/o chirurgico delle neoplasie maligne.

Per le terapie riabilitative il Socio ha un rimborso di € 52,00 al giorno per un massimo di 15 giorni in caso di:

- situazioni successive ad interventi chirurgici sull'apparato locomotore in cui sia impedita la deambulazione;
- patologie organiche e funzionali del sistema nervoso che compromettono la mobilità;
- situazioni successive ad interventi di cardiocirurgia.

3) Ricoveri in medicina in clinica privata

Rimborso forfetario di € 155,00 al giorno con il massimo di € 1.950,00 per ricovero.

4) Ricoveri in ospedali pubblici

(corsia comune e ogni altro ricovero gratuito)

- diaria giornaliera in ospedali in Italia € 26,00
- diaria giornaliera in ospedali all'estero € 52,00
- diaria giornaliera in ospedali all'estero per alta chirurgia € 104,00

5) Ricoveri in Strutture Residenziali Assistite

Ricoveri in Strutture Residenziali Assistite (RSA) per convalescenze a seguito di dimissioni da ospedale purché prescritte o riconosciute dall'ASL.

- diaria giornaliera € 26,00 per un massimo di 20 giorni, cumulabili al limite dei 90 giorni ospedalieri.

6) Trapianti d'Organo

In caso di trapianti di cuore, fegato, rene, pancreas e polmone, è previsto un rimborso per anno e per persona delle spese sostenute per il prelievo dal donatore, il trasporto dell'organo e le spese necessarie all'intervento chirurgico durante il ricovero, gli accertamenti diagnostici, cure e medicinali, l'assistenza medica, infermieristica e la retta di degenza fino a € 129.500,00.

7) Terapie Odontoiatriche

Contributo una tantum fino a € 1.500,00 per patologie di 3° classe ed € 1.000,00 per patologie di 2° classe.

Possono usufruirne i Soci di età non superiore ai 16 anni.

Il rimborso è concesso solo se l'iscrizione avviene entro l'ottavo anno di età.

Implantologia (solo in caso di evento traumatico): impianti endossei massimo € 10.300,00

Norme per ottenere le prestazioni

Occorre segnalare alla Società Mutua Piemonte l'infortunio entro otto giorni dall'evento e sottoporsi entro quindici giorni dall'evento stesso ad una visita da eseguirsi presso lo specialista indicato dalla SMP.

Documentazione

Relazione medica e fattura comprovante la spesa sostenuta.

NORME PER OTTENERE LE PRESTAZIONI

Autorizzazione

Ogni ricovero in struttura sanitaria a pagamento deve essere preventivamente autorizzato per iscritto dalla Società Mutua Piemonte. L'autorizzazione prevede la presentazione da parte dell'assistito di una proposta di ricovero, redatta dal medico curante o dallo specialista, nella quale sono esposte le motivazioni del ricovero con i dati clinici e le notizie anamnesiche di rilievo, è inoltre richiesta la documentazione relativa ai ricoveri precedenti, agli esami e alle terapie eseguite in precedenza.

L'autorizzazione è concessa per le motivazioni indicate nella richiesta del medico curante o dello specialista.

L'autorizzazione non esclude il successivo accertamento dell'ammissibilità del rimborso spese ai sensi dell'art. 5 del presente Regolamento generale.

Ricoveri urgenti

Il ricovero d'urgenza deve essere comunicato per iscritto alla SMP entro tre giorni.

L'urgenza non esclude il successivo accertamento all'ammissibilità del rimborso spese ai sensi dell'art. 5 del presente Regolamento generale.

Ricoveri per cure mediche

La Società Mutua Piemonte interviene nei casi di ricovero per cure mediche (senza intervento chirurgico) quando il Socio è affetto da forme patologiche che per entità del quadro clinico, incertezza diagnostica o problemi terapeutici, comportino controlli e assistenza medica continuativa.

I presupposti possono essere:

- gravità del quadro clinico;
- rischio di complicazioni;
- incertezza diagnostica che rende indispensabili adeguati accertamenti clinici eseguibili solo in ospedale;
- trattamenti terapeutici che richiedono controlli clinici continui.

I ricoveri per chemioterapia e cure salvavita sono ammessi in regime di day-hospital o prestazioni ambulatoriali con dettaglio della terapia effettuata.

I ricoveri richiesti solo per l'esecuzione di accertamenti diagnostici non sono giustificati. Fanno eccezione le seguenti eventualità:

- presenza di situazione clinica di difficile inquadramento;
- impiego di tecniche di esecuzione o strumentazioni particolari;
- rischio nell'espletamento dell'esame clinico.

Documentazione

Al termine di ogni ricovero il Socio è tenuto a produrre la seguente documentazione:

- copia della cartella clinica completa e del diario clinico;
 - copia di ogni fattura di spesa e delle notule mediche rimaste effettivamente a carico del Socio.
- Per i ricoveri in corsia comune, sarà sufficiente il certificato di degenza dell'ospedale con evidenziati la data di ricovero, quella di dimissioni, e la diagnosi medica precisata.

La SMP potrà richiedere ogni altra documentazione concernente il ricovero e la patologia che lo ha determinato.

Rimborsi

I rimborsi della SMP sono integrativi ad eventuali rimborsi dovuti dalle ASL o da altri enti mutualistici o compagnie di assicurazione, per i quali i Soci devono fare regolare richiesta. Nel caso di rimborso ad integrazione di altri soggetti, la SMP liquiderà al Socio la differenza tra l'importo determinato come rimborsabile e la somma a carico di altri. Il rimborso delle spese sostenute o parti di esse avverrà sulla base della documentazione finale che dimostri corrispondenza e congruità con i dati clinici esposti nella proposta di ricovero, con l'eccezione dell'accertamento di una diversa grave patologia o la comparsa di complicazioni. In caso di interventi chirurgici concomitanti e contemporanei, anche se la via di accesso è diversa ma eseguiti nella stessa seduta, è applicata, nei limiti ovviamente della spesa sostenuta, la tariffa massima riferita all'intervento principale o comunque economicamente più oneroso, mentre per l'altro o per gli altri interventi la relativa tariffa massima s'intende ridotta del 50%. Il giorno d'ingresso e quello di dimissione saranno computati, ad ogni effetto, come una sola giornata di degenza.

Assistenza di enti pubblici

Qualora il ricorso a strutture private o estere preveda la possibilità di assistenza da parte dell'ente pubblico, il Socio dovrà obbligatoriamente

richiedere l'apposita autorizzazione al ricovero all'ASL di competenza. Soltanto in caso di diniego scritto la Società Mutua Piemonte prenderà in considerazione il rimborso delle spese secondo quanto stabilito alla voce "Prestazioni".

In caso contrario, dall'importo complessivamente rimborsabile, sarà detratto quanto previsto come contributo pubblico a cui avrebbe avuto diritto il Socio.

INDENNITÀ DI RICOVERO - SOLUZIONE B

L'assistenza indennità di ricovero soluzione B, di cui alla lettera b) dell'art. 2 del Regolamento generale, prevede indennità o rimborsi per ricoveri in strutture pubbliche e cliniche private.

Sono assistibili anche i ricoveri in regime di day-hospital come previsto dall'art. 5 del Regolamento generale.

È valida in Italia e all'estero.

Iscrizioni

L'iscrizione a questa forma di assistenza è consentita fino a 69 anni compiuti.

La quota associativa varia secondo l'età.

È obbligatoria l'iscrizione di tutti i componenti del nucleo familiare (conviventi compresi).

Decorrenza

Le prestazioni decorrono dalle ore 24 del giorno d'iscrizione in caso di infortunio, dopo 30 giorni in caso di malattia e 300 in caso di parto.

Assistibilità

Il Socio è assistibile per un massimo di 90 giorni all'anno.

Il Socio affetto da forme morbose ad andamento cronico è assistibile, nell'arco dell'intera vita associativa, per un massimo cumulato di 90 giorni.

Fermo restando il periodo massimo assistibile di 90 giorni per anno, il Socio che usufruisce in continuazione, anche in due anni successivi, del periodo massimo predetto, non ha diritto a nuova assistenza se non sono trascorsi 60 giorni dalla data in cui è stato raggiunto il periodo massimo assistibile. Qualora l'iscrizione non decorra dal mese di gennaio, l'assistito potrà fruire di tanti dodicesimi di 90 giorni per quanti sono i mesi d'effettiva iscrizione.

PRESTAZIONI

a) INTERVENTI CHIRURGICI

Ricoveri in clinica privata

Rimborso secondo il tariffario SMP per le spese concernenti il ricovero (degenza, sala operatoria, esami, farmaci, ecc.).

Equipe medica: rimborso secondo il tariffario SMP.

Sono escluse dal rimborso le spese extra (telefono, bar, pernottamento e pasti ospiti, ecc.).

Tutte le spese, comprese quelle relative a interventi di alta chirurgia, saranno rimborsate fino a un massimale di € 52.000,00.

b) RICOVERI IN MEDICINA (senza intervento chirurgico) in clinica privata.

Rimborso forfetario di € 250,00 al giorno con un massimo di € 3.500,00 per ricovero.

Ricoveri per parto

Il caso di ricovero per parto fisiologico è prevista l'erogazione di un rimborso massimo di € 2.000,00.

Ricoveri in camera a pagamento di ospedali pubblici

Rimborso giornaliero omnicomprensivo di € 180,76; sono esclusi gli extra in genere.

Ricoveri in ospedali pubblici

- diaria giornaliera in ospedali in Italia € 26,00
- diaria giornaliera in ospedali all'estero € 52,00
- diaria giornaliera in ospedali all'estero per alta chirurgia € 104,00

Nel caso di ricovero per interventi d'alta chirurgia e per il trattamento medico e/o chirurgico di neoplasie maligne, è previsto il rimborso per le spese di trasporto in ambulanza fino a € 155,00.

c) TERAPIE RIABILITATIVE

Per le terapie riabilitative eseguite in struttura a pagamento, il Socio ha un rimborso delle spese di € 129,00 al giorno per massimo 15 giorni in caso di:

- situazioni successive ad interventi chirurgici sull'apparato locomotore al quale sia impedita la deambulazione;
- patologie organiche e funzionali del sistema nervoso che compromettono la mobilità;
- situazioni successive ad interventi di cardiocirurgia.

I ricoveri per chemioterapia o cure salvavita sono ammessi in regime di day-hospital o prestazioni ambulatoriali con dettaglio della terapia effettuata. In questo caso è previsto un rimborso di € 155,00 più i medicinali al costo. Sono esclusi i ricoveri per assistenza.

Se le terapie sono praticate in ospedale pubblico il rimborso è di € 26,00 giornalieri.

Trapianti d'Organo

In caso di trapianti di cuore, fegato, rene, pancreas e polmone, è previsto un rimborso per anno e per persona delle spese sostenute per il prelievo dal donatore, il trasporto dell'organo e le spese necessarie all'intervento chirurgico durante il ricovero, gli accertamenti diagnostici, cure e medicinali, l'assistenza medica, infermieristica e la retta di degenza, fino a € 129.500,00.

Ricoveri all'estero

Oltre a quanto evidenziato ai punti precedenti è previsto un contributo delle spese viaggio del paziente in caso di ricoveri in ospedali pubblici esteri e case di cura per interventi d'alta chirurgia con un massimo di € 2.000,00.

d) TERAPIE ODONTOIATRICHE

Contributo una tantum fino a € 1.500,00 per patologie di 3° classe ed € 1.000,00 per patologie di 2° classe.

Possono usufruirne i Soci di età non superiore ai 16 anni.

Il rimborso è concesso solo se l'iscrizione avviene entro l'ottavo anno di età.

Implantologia (solo in caso di evento traumatico): impianti endossei massimo € 10.300,00

Norme per ottenere le prestazioni

Occorre segnalare alla Società Mutua Piemonte l'infortunio entro otto giorni dall'evento e sottoporsi entro quindici giorni dall'evento stesso ad una visita da eseguirsi presso lo specialista indicato dalla SMP.

Documentazione

Relazione medica e fattura comprovante la spesa sostenuta.

NORME PER OTTENERE LE PRESTAZIONI

Autorizzazione

Ogni ricovero in struttura sanitaria a pagamento deve essere autorizzato per iscritto dalla Società Mutua Piemonte. L'autorizzazione prevede la presentazione da parte dell'assistito di una proposta di ricovero, redatta dal medico curante o dallo specialista, nella quale sono esposte le motivazioni del ricovero con i dati clinici e le notizie anamnesiche di rilievo, è inoltre richiesta la documentazione relativa ai ricoveri precedenti, agli esami e alle terapie precedentemente eseguite.

L'autorizzazione è concessa per le motivazioni indicate nella richiesta del medico curante o dello specialista.

L'autorizzazione non esclude il successivo accertamento all'ammissibilità del rimborso spese ai sensi dell'art. 5 del presente Regolamento generale. Il ricovero d'urgenza deve essere comunicato per iscritto alla SMP entro tre giorni.

L'urgenza non esclude il successivo accertamento all'ammissibilità del rimborso spese ai sensi dell'art. 5 del presente Regolamento generale.

Ricoveri per cure mediche

La Società Mutua Piemonte interviene nei casi di ricovero per cure mediche (senza intervento chirurgico) quando il Socio è affetto da forme patologiche che per entità del quadro clinico, incertezza diagnostica o problemi terapeutici, comportano controlli e assistenza medica continuativa.

I presupposti possono essere:

- gravità del quadro clinico;
- rischio di complicazioni;
- incertezza diagnostica che rende indispensabili adeguati accertamenti clinici eseguibili solo in ospedale;
- trattamenti terapeutici che richiedono controlli clinici continui.

I ricoveri richiesti solo per l'esecuzione di accertamenti diagnostici non sono giustificati.

Fanno eccezione le seguenti eventualità:

- presenza di situazione clinica di difficile inquadramento;
- impiego di tecniche di esecuzione o particolari strumentazioni;
- rischio nell'espletamento dell'esame clinico.

Documentazione

Al termine di ogni ricovero il Socio è tenuto a produrre la seguente documentazione:

- copia della cartella clinica completa e del diario clinico;
- copia di ogni fattura di spesa e delle notule mediche rimaste effettivamente a carico del Socio.

Per i ricoveri in corsia comune, sarà sufficiente il certificato di degenza dell'ospedale con la data di ricovero, di dimissioni e la diagnosi medica circostanziata.

La SMP potrà richiedere ogni altra documentazione relativa al ricovero e alla patologia che lo ha determinato.

Rimborsi

I rimborsi della SMP sono integrativi di eventuali rimborsi dovuti dalle ASL o da altri enti mutualistici o compagnie di assicurazione per i quali i Soci devono fare regolare richiesta.

Nel caso di rimborso ad integrazione di altri soggetti, la SMP liquiderà al Socio, la differenza tra l'importo determinato come rimborsabile e la somma a carico di altri.

Il rimborso delle spese sostenute o parti di esse avverrà sulla base della documentazione finale che dimostri corrispondenza e congruità con i dati clinici esposti nella proposta di ricovero, con l'eccezione dell'accertamento di una diversa grave patologia o la comparsa di complicazioni.

In caso di interventi chirurgici concomitanti e contemporanei, anche se la via di accesso è diversa ma eseguiti nella stessa seduta, è applicata, nei limiti ovviamente della spesa sostenuta, la tariffa massima riferita all'intervento principale o comunque economicamente più oneroso, mentre per l'altro o per gli altri interventi la relativa tariffa massima s'intende ridotta del 50%.

Il giorno d'ingresso e quello di dimissione saranno computati, ad ogni effetto, come una sola giornata di degenza.

Assistenza di enti pubblici

Qualora il ricorso a strutture private o estere preveda la possibilità di assistenza da parte dell'ente pubblico, il Socio dovrà obbligatoriamente richiedere l'apposita autorizzazione al ricovero all'ASL di competenza. Soltanto in caso di diniego scritto la Società Mutua Piemonte prenderà in considerazione il rimborso integrale delle spese.

In caso contrario, dall'importo complessivamente rimborsabile, sarà detratto quanto previsto come contributo pubblico a cui avrebbe avuto diritto il Socio.

INDENNITÀ DI RICOVERO - SOLUZIONE C

L'assistenza indennità di ricovero soluzione C di cui alla lettera b) dell'art. 2 del Regolamento generale, prevede indennità per ricoveri in strutture pubbliche e cliniche private.

È valida in Italia e all'estero.

Iscrizione

L'iscrizione a questa forma di assistenza è consentita fino a 69 anni compiuti.

Questa assistenza deve essere abbinata ad un'assistenza di ricovero Soluzione A, B o PLUS. È data facoltà al Consiglio di Amministrazione permettere l'iscrizione alla 1° categoria della presente assistenza (come unica assistenza) in tutti i casi che lo stesso lo ritenga opportuno, in particolare per favorire l'esercizio della mutualità mediata o l'adesione di persone che possano rendersi utili all'organizzazione societaria.

Decorrenza

Le prestazioni decorrono dalle ore 24 del giorno d'iscrizione in caso di infortunio, dopo 30 giorni in caso di malattia e 300 in caso di parto.

Assistibilità

Il Socio è assistibile per un massimo di 180 giorni all'anno.

Qualora l'iscrizione non decorra dal mese di gennaio, l'assistito potrà fruire di tanti dodicesimi di 180 giorni per quanti sono i mesi di effettiva iscrizione. Fermo restando il periodo massimo assistibile in 180 giorni per anno d'iscrizione, il Socio che usufruisce in continuazione, anche in due anni successivi, del periodo massimo predetto, non può usufruire di nuova assistenza se non sono trascorsi 90 giorni dalla data in cui è stato raggiunto il periodo massimo assistibile medesimo.

Il Socio affetto da forme morbose ad andamento cronico è assistibile, nell'arco dell'intera vita associativa, per un massimo cumulato di 90 giorni per la stessa patologia.

Le indennità maturano dal primo giorno di ricovero. Il pagamento delle indennità è effettuato dopo che è trascorso interamente il periodo di ricovero indennizzabile.

Il giorno di ingresso e quello di dimissione saranno computati, ad ogni effetto, come una sola giornata di degenza.

Terapie riabilitative

Indennità giornaliera per un massimo di 15 giorni nel caso di:

- situazioni successive ad interventi chirurgici sull'apparato locomotore e situazioni cliniche che interessino l'apparato locomotore in cui sia impedita la deambulazione;
- patologie organiche e funzionali del sistema nervoso che compromettono la mobilità;
- situazioni successive ad interventi di cardiocirurgia.

Prestazioni

1 ^a categoria	€	15,50	al giorno
2 ^a categoria	€	31,00	al giorno
3 ^a categoria	€	46,50	al giorno
4 ^a categoria	€	62,00	al giorno
5 ^a categoria	€	77,50	al giorno

Documentazione

In caso di ricovero il Socio dovrà produrre (entro due mesi dalla data di dimissione), la seguente documentazione: certificato di degenza dell'ospedale o della casa di cura con evidenziati la data di ricovero, quella di dimissioni e la diagnosi medica circostanziata.

La Società Mutua Piemonte potrà richiedere ogni altra documentazione relativa al ricovero e alla patologia che lo ha determinato.

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

L'Assistenza Specialistica Ambulatoriale di cui alla lettera a) dell'art. 2 del Regolamento prevede il rimborso delle spese sostenute per visite specialistiche, prestazioni ambulatoriali, esami di laboratorio e altre indagini diagnostiche.

Iscrizioni

L'iscrizione a questa forma di assistenza è consentita fino a 69 anni compiuti.

Quest'assistenza deve essere abbinata a un'assistenza indennità di ricovero Soluzione A o B.

Decorrenza

Le prestazioni decorrono dopo 90 giorni dall'iscrizione.

PRESTAZIONI

1) Esami di laboratorio ed indagini diagnostiche: rimborso secondo tariffario SMP.

2) Visite specialistiche: rimborso delle visite specialistiche ambulatoriali nella misura prevista dal tariffario SMP (da € 55,00 a € 75,00 a secondo del tipo di visita).

3) Altre prestazioni ambulatoriali: per piccole prestazioni ambulatoriali (piccola chirurgia, medicazioni e prestazioni specialistiche in genere effettuate dal medico) rimborsi secondo tariffario SMP.

4) Prestazioni di fisioterapia: (fisiocinesiterapia, ultrasuoni, marconiterapia, elettrostimolazioni, radar, forni, massoterapia, tens, rebox, manipolazioni, laser, e altre prestazioni analoghe) contributo del 50% della spesa sostenuta con un tetto massimo di € 150,00 all'anno.

5) Ticket: rimborso al 100% di ogni ticket pagato alle ASL per prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Sono esclusi i rimborsi dei ticket relativi alle seguenti prestazioni:

- cure termali;
- cure e prestazioni odontoiatriche;
- visite psichiatriche;
- prestazioni di psicoterapia individuale e/o di gruppo;
- vaccini.

Esclusioni

I rimborsi della Società Mutua Piemonte sono integrativi ad eventuali rimborsi dovuti dalle ASL o da altri enti mutualistici o compagnie di assicurazione, per i quali i Soci devono fare regolare richiesta.

Nel caso di rimborso ad integrazione di altri soggetti, la SMP liquiderà al Socio la differenza tra l'importo determinato come rimborsabile e la somma a carico di altri.

Oltre alle esclusioni previste dal presente Regolamento non sono rimborsabili le cure odontoiatriche, cure termali, sono inoltre non rimborsabili le spese sostenute per rilascio certificati (idoneità sportiva, sana e robusta costituzione, rilascio e rinnovo patente, ecc.) training autogeno e corsi pre-parto, l'applicazione di spirali, gli accertamenti e le cure pre-maternità e pre-paternità, le cure e gli accertamenti contro la sterilità, le visite, gli accertamenti e gli interventi relativi alla dietologia, sedute di logopedia e altre prestazioni similari.

Documentazione

Per ottenere il rimborso delle prestazioni il Socio deve presentare alla Società Mutua Piemonte (entro due mesi dalla data del documento) la seguente documentazione:

- **Prestazioni di strutture private:** fotocopia delle fatture di spesa e dettaglio degli esami eseguiti. Prescrizione medica (può essere sia del medico di base sia dello specialista) con l'indicazione dettagliata degli esami da eseguire. La prescrizione dovrà inoltre contenere la diagnosi accertata o presunta o la sintomatologia per cui sono richiesti gli esami (non saranno ritenute valide le diciture del tipo "controllo", "accertamenti", "prevenzione" e simili se non accompagnate da ulteriore specifica).
- **Prestazioni di strutture pubbliche:** fotocopia impegnativa medica (che contenga la diagnosi accertata o presunta o la sintomatologia; non saranno ritenute valide le diciture del tipo "controllo", "accertamenti", "prevenzione" e simili se non accompagnate da ulteriore specifica), copia del documento di spesa o ritiro referto che deve indicare il tipo di esame effettuato (ad esempio esami del sangue o elettrocardiogramma o tipo di visita), ricevuta di pagamento con espressamente riportata la dicitura ticket o compartecipazione alla spesa del SSN.
- **Visite specialistiche private:** fotocopia della parcella del medico specialista. Gli onorari relativi alle visite specialistiche dovranno riferirsi ad una

sola prestazione. Nel caso in cui si riferiscono a più visite, ne sarà sempre rimborsata una sola.

- **Visite specialistiche internistiche e generiche:** fotocopia della parcella del medico specialista corredata dalla richiesta del medico di base con indicata la diagnosi presunta o accertata.

INDENNITÀ DI RICOVERO SOLUZIONE PLUS

L'assistenza soluzione PLUS di cui alla lettera b) art. 2 del Regolamento generale, prevede indennità o rimborsi per ricoveri in strutture pubbliche e private. Sono assistibili anche i ricoveri in regime di day-hospital. È valida in Italia e all'estero. Prevede inoltre il rimborso di ticket per visite, prestazioni ambulatoriali e indagini diagnostiche eseguite presso le strutture pubbliche in Italia e per le indagini di alta diagnostica eseguite in strutture private in Italia.

Iscrizioni

L'iscrizione a questa forma d'assistenza è consentita fino a 69 anni compiuti. È obbligatoria l'iscrizione di tutti i componenti del nucleo familiare (conviventi compresi).

Decorrenza

Le prestazioni decorrono dalle ore 24 del giorno d'iscrizione in caso di infortunio, dopo 30 giorni in caso di malattia e 300 in caso di parto.

Assistibilità

Il Socio è assistibile per un massimo di 90 giorni all'anno. Il Socio affetto da forme morbose ad andamento cronico è assistibile, nell'arco dell'intera vita associativa, per un massimo cumulato di 90 giorni in strutture sanitarie pubbliche di cui 60 giorni, con un rimborso giornaliero massimo di € 80,00, in caso di ricovero a pagamento. Fermo restando il periodo massimo assistibile di 90 giorni per anno, il Socio che usufruisce in continuazione, anche in due anni successivi, del periodo massimo predetto, non può usufruire di nuova assistenza se non sono trascorsi 60 giorni dalla data in cui è stato raggiunto il periodo massimo assistibile. Qualora l'iscrizione non decorra dal mese di gennaio, l'assistito può fruire di tanti dodicesimi di 90 giorni per quanti sono i mesi di effettiva iscrizione.

Anticipazioni

Nel caso di particolari situazioni economiche e a fronte di rilevanti spese da sostenere, il Socio potrà richiedere al Consiglio d'Amministrazione, un'anticipazione.

PRESTAZIONI

1) Ricoveri in clinica privata per interventi di alta chirurgia

I Soci sottoposti ad interventi di alta chirurgia specialistica compresi nell'elenco approvato dal Consiglio d'Amministrazione, sono rimborsati delle spese concernenti il ricovero (degenza, sala

operatoria, medici, esami, ecc.) fino a un massimale di € 52.000,00 per anno e per persona. I rimborsi saranno calcolati applicando quanto previsto dal tariffario SMP.

Sono escluse dal rimborso le spese extra (telefono, bar, pernottamento e pasti ospiti, ecc.).

2) Altri ricoveri in clinica privata e camere a pagamento in ospedali pubblici.

Rimborso giornaliero onnicomprensivo di € 155,00, elevato a € 210,00 in caso di ricovero per l'accertamento e il trattamento medico e/o chirurgico delle neoplasie maligne.

Per le terapie riabilitative il Socio ha un rimborso di € 52,00 al giorno per un massimo di 15 giorni in caso di:

- situazioni successive ad interventi chirurgici sull'apparato locomotore in cui sia impedita la deambulazione;
- patologie organiche e funzionali del sistema nervoso che compromettono la mobilità;
- situazioni successive ad interventi di cardiocirurgia.

3) Ricoveri in medicina in clinica privata

Rimborso forfetario di € 155,00 al giorno con il massimo di € 1.950,00 per ricovero.

4) Ricoveri in ospedali pubblici

(corsia comune e ogni altro ricovero gratuito)

- diaria giornaliera in ospedali in Italia € 26,00
- diaria giornaliera in ospedali all'estero € 52,00
- diaria giornaliera in ospedali all'estero per alta chirurgia € 104,00.

5) Ricoveri in Strutture Residenziali Assistite

Ricoveri in Strutture Residenziali Assistite (RSA) per convalescenze a seguito di dimissioni da ospedale purché prescritte o riconosciute dall'ASL.

- diaria giornaliera € 26,00 per un massimo di 20 giorni, cumulabili al limite dei 90 giorni ospedalieri.

6) Trapianti d'Organo

In caso di trapianti di cuore, fegato, rene, pancreas e polmone, è previsto un rimborso per anno e per persona delle spese sostenute per il prelievo dal donatore, il trasporto dell'organo e le spese necessarie all'intervento chirurgico durante il ricovero, gli accertamenti diagnostici, cure e medicinali, l'assistenza medica, infermieristica e la retta di degenza fino a € 129.500,00.

7) Rimborso Ticket

Rimborso al 100% di ogni ticket pagato alle ASL per prestazioni specialistiche ambulatoriali. Sono esclusi i rimborsi dei ticket relativi alle seguenti prestazioni: cure termali, cure e prestazioni odontoiatriche, visite psichiatriche, prestazioni di psicoterapia individuale e/o di gruppo, vaccini, l'applicazione di spirali, gli accertamenti e le cure pre-maternità e pre-paternità, le cure e gli accertamenti contro la sterilità, le visite, gli accertamenti e gli interventi relativi alla dietologia, sedute di logopedia e altre prestazioni similari.

8) Alta diagnostica privata

Il socio, nel caso effettui indagini di alta diagnostica, presso strutture private, ha diritto al rimborso secondo tariffario SMP (elenco alta diagnostica strumentale).

9) Terapie odontoiatriche

Contributo una tantum fino a € 1.500,00 per patologie di 3° classe ed € 1.000,00 per patologie di 2° classe. Possono usufruirne i Soci di età non superiore ai 16 anni. Il rimborso è concesso solo se l'iscrizione avviene entro l'ottavo anno di età.

Implantologia (solo in caso di evento traumatico): impianti endossei massimo € 10.300,00

Norme per ottenere le prestazioni

Occorre segnalare alla Società Mutua Piemonte l'infortunio entro otto giorni dall'evento e sottoporsi entro quindici giorni dall'evento stesso ad una visita da eseguirsi presso lo specialista indicato dalla SMP.

Documentazione

Relazione medica e fattura comprovante la spesa sostenuta.

NORME PER OTTENERE LE PRESTAZIONI

Autorizzazione

Ogni ricovero in struttura sanitaria a pagamento deve essere preventivamente autorizzato per iscritto dalla Società Mutua Piemonte. L'autorizzazione prevede la presentazione da parte dell'assistito di una proposta di ricovero, redatta dal medico curante o dallo specialista, nella quale sono espresse le motivazioni del ricovero con i dati clinici e le notizie anamnesiche di rilievo, è inoltre richiesta la documentazione concernente i ricoveri precedenti, agli esami e alle terapie eseguite in precedenza.

L'autorizzazione è concessa per le motivazioni indicate nella richiesta del medico curante o dello specialista.

L'autorizzazione non esclude il successivo accertamento dell'ammissibilità del rimborso spese ai sensi dell'art. 5 del presente Regolamento generale.

Ricoveri urgenti

Il ricovero d'urgenza deve essere comunicato per iscritto alla SMP entro tre giorni.

L'urgenza non esclude il successivo accertamento all'ammissibilità del rimborso spese ai sensi dell'art. 5 del presente Regolamento generale.

Ricoveri per cure mediche

La Società Mutua Piemonte interviene nei casi di ricovero per cure mediche (senza intervento chirurgico) quando il Socio è affetto da forme patologiche che per entità del quadro clinico, incertezza diagnostica o problemi terapeutici, comportino controlli e assistenza medica continuativa.

I presupposti possono essere:

- gravità del quadro clinico;
- rischio di complicazioni;

- incertezza diagnostica che rende indispensabili adeguati accertamenti clinici eseguibili solo in ospedale;
- trattamenti terapeutici che richiedono controlli clinici continui.

I ricoveri per chemioterapia e cure salvavita sono ammessi in regime di day-hospital o prestazioni ambulatoriali con dettaglio della terapia effettuata.

I ricoveri richiesti solo per l'esecuzione di accertamenti diagnostici non sono giustificati. Fanno eccezione le seguenti eventualità:

- presenza di situazione clinica di difficile inquadramento;
- impiego di tecniche di esecuzione o strumentazioni particolari;
- rischio nell'espletamento dell'esame clinico.

Documentazione

Al termine di ogni ricovero il Socio è tenuto a produrre la seguente documentazione:

- copia della cartella clinica completa e del diario clinico;
- copia di ogni fattura di spesa e delle notule mediche rimaste effettivamente a carico del Socio.

Per i ricoveri in corsia comune, sarà sufficiente il certificato di degenza dell'ospedale con evidenziati la data di ricovero, quella di dimissioni e la diagnosi medica precisata. La SMP potrà richiedere ogni altra documentazione concernente il ricovero e la patologia che lo ha determinato.

Rimborso ticket e alta diagnostica privata:

- fotocopia impegnativa medica (che contenga la diagnosi accertata o presunta o la sintomatologia non saranno ritenute valide le diciture del tipo "controllo" "accertamenti" "prevenzione" e simili se non accompagnate da ulteriore specifica),
- copia del documento di spesa quietanzato o ritiro referto che deve indicare il tipo di esame effettuato (ad esempio esami del sangue o elettrocardiogramma o tipo di visita)
- ricevuta di pagamento ticket con espressamente riportata la dicitura ticket o compartecipazione alla spesa del SSN.

La documentazione deve essere presentata entro due mesi dalla data del documento.

Rimborsi

I rimborsi della SMP sono integrativi ad eventuali rimborsi dovuti dalle ASL o da altri enti mutualistici o compagnie di assicurazione, per i quali i Soci devono fare regolare richiesta.

Nel caso di rimborso ad integrazione di altri soggetti, la SMP liquiderà al Socio la differenza tra l'importo determinato come rimborsabile e la somma a carico di altri.

Il rimborso delle spese sostenute o parti di esse avverrà sulla base della documentazione finale che dimostri corrispondenza e congruità con i dati clinici esposti nella proposta di ricovero, con l'eccezione dell'accertamento di una diversa grave patologia o la comparsa di complicazioni.

In caso di interventi chirurgici concomitanti e contemporanei, anche se la via di accesso è diversa ma eseguiti nella stessa seduta, è applicata, nei limiti ovviamente della spesa sostenuta, la tariffa massima riferita all'intervento principale o comunque economicamente più oneroso, mentre per l'altro o per gli altri interventi la relativa tariffa massima s'intende ridotta del 50%.

Il giorno d'ingresso e quello di dimissione saranno computati, ad ogni effetto, come una sola giornata di degenza.

Assistenza di enti pubblici

Qualora il ricorso a strutture private o estere preveda la possibilità di assistenza da parte dell'ente pubblico, il Socio dovrà obbligatoriamente richiedere l'apposita autorizzazione al ricovero all'ASL di competenza.

Soltanto in caso di diniego scritto la Società Mutua Piemonte prenderà in considerazione il rimborso delle spese secondo quanto stabilito alla voce "Prestazioni".

In caso contrario, dall'importo complessivamente rimborsabile, sarà detratto quanto previsto come contributo pubblico a cui avrebbe avuto diritto il Socio.

INDENNITÀ PER INTERVENTI CHIRURGICI

Iscrizione

Possono aderire a quest'Assistenza i Soci iscritti alle Assistenze Indennità di Ricovero Soluzione A, B o PLUS fino a 69 anni compiuti.

Prestazioni

I Soci iscritti a quest'assistenza hanno un rimborso forfetario per ogni intervento chirurgico subito, sia in struttura pubblica sia privata, secondo classificazione, aggiuntivo ai rimborsi previsti dalle altre assistenze.

Fasce di classificazione:

interventi di 1° classe	€ 120,00
interventi di 2° classe	€ 400,00
interventi di 3° classe	€ 1.100,00
interventi di 4° classe	€ 1.500,00
interventi di 5° classe	€ 3.000,00

Norme per ottenere le prestazioni

È necessario presentare documentazione medica attestante l'avvenuto intervento chirurgico.

ASSISTENZA SOCIALE

L'Assistenza Sociale di cui alla lettera h) dell'art. 2 del presente Regolamento generale consiste nel fornire ai Soci i seguenti servizi di segretariato assistenziale, agevolazioni e sconti presso centri

medici e esercizi commerciali convenzionati, assistenza ospedaliera e domiciliare.

Iscrizioni

L'iscrizione a questa forma di assistenza è di norma consentita agli iscritti delle associazioni che hanno sottoscritto accordi con la Società Mutua Piemonte. È altresì consentita l'iscrizione a coloro che, per sopraggiunti limiti di età, non possono aderire alle assistenze della SMP. Casi particolari di iscrizione saranno vagliati dal C.d.A.

Decorrenza

Le prestazioni decorrono dopo 30 giorni dall'iscrizione.

Prestazioni

1) Servizi di assistenza ospedaliera e domiciliare. I soci che necessitano di tali servizi contatteranno l'ufficio SMP che fornirà i recapiti degli enti o fornitori di prestazioni e servizi in base alle necessità. Tutte le prestazioni e i servizi sono a totale carico del Socio che si impegna a pagare direttamente gli enti o i fornitori di prestazioni e servizi a condizioni agevolate. È comunque possibile attivare un'assistenza a pagamento comprensiva di un numero limitato di ore da utilizzare in ospedale o a domicilio in base alle necessità.

2) Centri Medici Convenzionati e esercizi commerciali. I Soci potranno usufruire di sconti in centri medici convenzionati per visite mediche, indagini diagnostiche ecc. in base agli accordi della Federazione Italiana Mutualità Integrativa (FIMIV) e del Consorzio Mu.Sa. I soci hanno, inoltre, diritto a sconti presso alcuni negozi convenzionati.

NORMA FINALE

Il presente Regolamento è stato aggiornato in seguito alla delibera del Consiglio di Amministrazione del 03/06/2020.