



INSIEME SALUTE - Società di Mutuo Soccorso

Viale San Gimignano, 30/32 - 20146 Milano

tel. 02.50041902 - fax 02.37052072 - info@insiemesalute.org - [www.insiemesalute.org](http://www.insiemesalute.org)

## **"REGOLAMENTO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA PER I DIPENDENTI DELL'UNIVERSITÀ DI GENOVA"**

### **NORME GENERALI**

1. il presente Regolamento ha valenza meramente operativa, dovendosi in ogni caso fare riferimento alle previsioni del contratto e a quelle contenute nella documentazione di gara, segnatamente nel capitolato e nella offerta tecnica;
2. il presente Regolamento entra in vigore il 01.02.2026 e scade il 31.01.2027, salvo proroghe.

### **DEFINIZIONI**

- **Accertamento diagnostico:** Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.
- **Adesione volontaria:** Scelta dell'AP e dei familiari del PTA di partecipare al piano di assistenza sanitaria offerto dall'Ateneo, a condizioni specifiche definite nel presente regolamento.
- **Annualità mutualistica o periodo di copertura:** Periodo in cui la polizza è attiva. Viene calcolato a partire dalla data di decorrenza della polizza, come previsto dal contratto.
- **Assistito/Beneficiario:** Il soggetto nel cui interesse viene stipulata la copertura mutualistica, nello specifico:
  - **Personale tecnico-amministrativo:** PTA a tempo determinato, PTA a tempo indeterminato, Personale Dirigente, Collaboratori ed Esperti linguistici in servizio attivo presso l'Università degli Studi di Genova (di seguito "PTA");
  - **Altro Personale:** Personale Docente a tempo indeterminato e a tempo determinato, assegnisti di ricerca (nell'ambito dei quali sono da ricomprendersi le nuove figure dei titolari dei contratti di ricerca, dei titolari di incarichi post dottorato e dei titolari di incarichi di ricerca, rispettivamente ex art. 22, 22 bis e 22 ter della Legge 30 dicembre 2010, n. 240), dottorandi, specializzandi in servizio attivo presso l'Università degli Studi di Genova (di seguito "AP").
  - **Relativo nucleo familiare** intendendosi per tale, il coniuge o il convivente *more uxorio*, la persona designata da patti di convivenza, ed i figli, questi ultimi anche non conviventi purché fiscalmente a carico.

Si precisa che **non è considerato personale in servizio attivo** fra i PTA e fra gli AP, avuto riguardo agli istituti giuridici specifici per ciascuna qualifica, colui/colei che si trova nelle seguenti posizioni:

- esonerato dagli obblighi di ufficio ai sensi della vigente normativa, in quanto, a titolo esemplificativo, in aspettativa obbligatoria per situazioni di incompatibilità o congedo per motivi

- di servizio all'estero del coniuge, in aspettativa per svolgere il periodo di prova o per svolgere attività presso altra amministrazione, comandato, distaccato;
- sospeso dal servizio a seguito di procedimento penale o disciplinare o, cautelativamente, in attesa di procedimento penale o disciplinare.
- **Assistenza diretta:** La modalità di erogazione del servizio mutualistico per il quale l'Assistito riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso il network di Insieme Salute senza anticipare la spesa, ma delegando Insieme Salute al pagamento in sua vece delle fatture emesse, nei limiti del rimborso a lui spettante.
- **Assistenza indiretta:** La modalità di erogazione del servizio mutualistico per la quale l'Assistito riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso i centri non convenzionati o da personale medico non convenzionato. In questo caso la copertura della prestazione viene gestita sotto forma di rimborso.
- **Ateneo/Ente/Università/Unige:** L'Università degli Studi di Genova.
- **Cassa di Assistenza:** La Cassa assistenziale, iscritta all'Anagrafe dei fondi sanitari di cui al Decreto del Ministro del Lavoro del 27.10.2009, abilitata a norma di legge a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.
- **Centrale Operativa:** La Struttura che consente l'erogazione delle prestazioni previste in polizza e che, tramite linea telefonica, provvede a: organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assistito, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate; fornire informazioni sulle garanzie mutualistiche, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.
- **Centri Convenzionati (network):** La rete convenzionata costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta.
- **Codice:** Il Decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36 “*Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici*”.
- **Copertura mutualistica:** il contratto sottoscritto dalle Parti.
- **Cosmo:** piattaforma online di Insieme Salute che si può utilizzare per usufruire delle prestazioni mutualistiche.
- **Day – hospital:** Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica.
- **Difetto Fisico:** Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
- **Documentazione Medica:** Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali ediagnosticici.
- **Documentazione di spesa:** Documentazione attestante la spesa, comprese le notule e ricevute dei farmaci.
- **Franchigia:** La parte di danno che l'Assistito tiene a suo carico; la somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assistito. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto l'importo garantito.
- **Grandi Interventi:** Gli interventi elencati nell'apposita sezione di polizza.
- **Indennità Sostitutiva/Diaria:** Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero.
- **Indennizzo:** La somma dovuta da Insieme Salute in caso di sinistro.

- **Infortunio:** Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constabili.
- **Insieme Salute:** il RTI composto da Insieme Salute SMS ETS in qualità di mandataria e Mutua Ligure SMS ETS in qualità di mandante, aggiudicatario del servizio di assistenza sanitaria oggetto del presente Regolamento.
- **Intervento Chirurgico:** Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richieda l'uso della sala operatoria.
- **Istituto di cura:** Ospedale, Clinica o Istituto universitario, Casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
- **Malattia:** Alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, ovvero, ai fini del presente contratto, qualsiasi deterioramento involontario della salute che può essere accertato da personale medico professionista e che non sia definito come malformazione o difetto fisico.
- **Malattia improvvisa:** La malattia di acuta insorgenza di cui l'Assistito non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppur improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assistito.
- **Malformazione:** Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
- **Massimale:** L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che Insieme Salute si impegna a prestare nei confronti dell'Assistito per le relative garanzie e/o prestazioni previste.
- **Nucleo Familiare:** Si considera nucleo familiare dell'assistito:
  - il coniuge;
  - il convivente more uxorio, la persona designata come coniuge da contratti di convivenza (*same sex partner*), purché risultanti dallo stato di famiglia;
  - i figli dell'assistito conviventi risultanti dallo stato di famiglia;
  - i figli dell'assistito non conviventi anche se non fiscalmente a carico.
- **Pacchetto Maternità:** Insieme di coperture e servizi offerti a rimborso da Insieme Salute per supportare le donne durante la gravidanza, il parto e il post-partum.
- **Pacchetto Prevenzione:** Insieme di servizi e prestazioni a supporto della salute e del benessere degli assistiti forniti dall'Operatore Economico, finalizzati a prevenire malattie, alle condizioni previste dal presente Capitolato.
- **Premio/Contributo:** La somma dovuta dall'Università degli Studi di Genova e/o da coloro che aderiscono volontariamente alla Società.
- **Prestazione:** Qualsiasi servizio o intervento fornito da professionisti della salute a un assistito.
- **Ricovero:** La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica.
- **Rimborso:** Processo attraverso il quale la compagnia mutualistica restituisce all'assistito una parte o la totalità delle spese sostenute per servizi sanitari, in base alle condizioni e coperture previste dal Capitolato.
- **Rischio:** La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne
- **Scoperto:** La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assistito.
- **Sinistro:** Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata la garanzia mutualistica: in caso di sinistro, l'Assistito deve presentare denuncia a Insieme Salute con la massima sollecitudine possibile a partire dal momento in cui ne viene a conoscenza, nell'ambito dell'erogazione delle prestazioni sia in

- modalità diretta che rimborsuale, presentando la documentazione,
- **Visita specialistica – esami di laboratorio:** La prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale, nonché da altre tipologie di professionisti (quali, a titolo esemplificativo, il Biologo Nutrizionista).

## **1 - PERSONE ASSISTITE E VALIDITA' DELLA POLIZZA**

L'assistenza sanitaria è rivolta al personale dell'Università degli Studi di Genova, suddiviso nelle seguenti categorie e condizioni di adesione:

### **1.1 Personale Tecnico-Amministrativo (PTA) e Collaboratori ed Esperti Linguistici (CEL)**

Comprende personale tecnico, amministrativo, bibliotecario e sanitario, sia a tempo indeterminato che determinato.

L'assistenza è fornita obbligatoriamente e senza oneri economici a carico dei dipendenti, con oneri interamente a carico dell'Ateneo.

La copertura è garantita indipendentemente dall'età e dalle condizioni fisiche degli assistiti.

A seguito di contrattazione collettiva integrativa, sarà possibile inserire come personale assistito alla stregua del PTA anche il Personale Dirigente.

### **1.2 Altro Personale (AP)**

L'assistenza può essere attivata facoltativamente da Altro Personale, come riportato nelle definizioni.

L'adesione è individuale, con oneri completamente a carico del singolo.

È consentita fino ai 70 anni compiuti; superata l'iscrizione non ci sono limiti di età per usufruire della copertura.

### **1.3 Estensione dell'assistenza ai familiari**

Sia il PTA che l'AP possono estendere la copertura sanitaria ai propri familiari, con adesione volontaria e versamento diretto del relativo contributo.

L'adesione dei familiari è ammessa fino a 67 anni compiuti; superata l'iscrizione, non vi sono limiti di età per usufruire della copertura.

Sono considerati familiari:

- Coniuge o convivente more uxorio (inclusi *same-sex partner* registrati),
- Figli o affiliati risultanti dallo stato di famiglia,
- Figli o affiliati non conviventi, anche se non fiscalmente a carico.

Non è possibile estendere la copertura a componenti del nucleo familiare già assistiti con altra polizza o con età superiore a 67 anni.

### **1.4 Modalità di adesione e costi**

L'adesione volontaria si effettua mediante sottoscrizione del modulo di adesione disponibile sulla piattaforma

fornita da Insieme Salute, accompagnata dalla documentazione di adeguatezza contrattuale e privacy.

Le condizioni economiche per i familiari seguono quelle dell'assistito:

- **PTA:** premio annuo € 290,00 - oneri interamente a carico dell'Ateneo;
- **AP:**
  - Ricercatori: € 290,00 annui;
  - Professori: € 380,00 annui;
  - Assegnisti (nell'ambito dei quali sono da ricomprendersi le nuove figure dei titolari dei contratti di ricerca, dei titolari di incarichi post dottorato e dei titolari di incarichi di ricerca, rispettivamente ex art. 22, 22 bis e 22 ter della Legge 30 dicembre 2010, n. 240), dottorandi e specializzandi: € 248,00 annui;
- **Nucleo familiare:**
  - Di PTA: € 290,00 annui per ciascun componente
  - Di AP:
    - Ricercatori: € 290,00 annui per ciascun componente;
    - Professori: € 380,00 annui per ciascun componente;
    - Assegnisti (nell'ambito dei quali sono da ricomprendersi le nuove figure dei titolari dei contratti di ricerca, dei titolari di incarichi post dottorato e dei titolari di incarichi di ricerca, rispettivamente ex art. 22, 22 bis e 22 ter della Legge 30 dicembre 2010, n. 240), dottorandi e specializzandi: € 248,00 annui per ciascun componente;

Non è possibile estendere la copertura separatamente a singoli componenti del nucleo familiare: **l'adesione riguarda l'intero nucleo familiare convivente** secondo i criteri sopra elencati; tuttavia, è concessa l'estensione della copertura a singoli figli non conviventi, anche se non fiscalmente a carico.

## 1.5 Copertura Complementare (di cui al successivo art. 28)

L'assistito ha la possibilità di usufruire di una copertura complementare, versando direttamente a Insieme Salute un contributo aggiuntivo di € 486 per anno e per persona.

L'adesione alla copertura complementare dovrà avvenire esclusivamente all'avvio del servizio o nei casi di attivazione della copertura sanitaria integrativa in corso d'anno previsti dal Capitolato (es. assunzione/ rientro in servizio). L'attivazione è vincolante e non modificabile per tutta la durata contrattuale.

L'adesione volontaria alla copertura complementare si effettua entro le stesse finestre di adesione definite per l'attivazione della copertura base mediante sottoscrizione del modulo di adesione fornito da Insieme Salute, accompagnata dalla documentazione di adeguatezza contrattuale e privacy.

## 1.6 Copertura mutualistica

La copertura mutualistica è operante per tutti gli eventi che potessero occorrere nel periodo di copertura anche per quei casi nei quali la denuncia o la liquidazione del danno avvenisse dopo la decorrenza dello stesso purché il fatto produttivo dell'evento si sia verificato nel periodo di copertura.

## **2 - MODALITÀ DI ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA**

**2.1** L'adesione al piano di assistenza ha durata annuale. Tuttavia, in caso di rinnovo del contratto tra l'Università di Genova e Insieme Salute e/o di proroga prevista dall'art. 120, comma 10 del Codice (per una durata massima di 6 mesi), la copertura mutualistica proseguirà automaticamente per il periodo di rinnovo o proroga. In tali casi, la facoltà di recesso potrà essere esercitata al termine di ogni annualità, con preavviso di 30 giorni; tuttavia, tale disdetta precluderà la possibilità di rientrare nella copertura fino alla scadenza iniziale del contratto.

### **PTA:**

**2.2** Per il PTA, senza limiti di età, la copertura viene automaticamente attivata attraverso la stipula della convenzione tra Insieme Salute e l'Università degli Studi di Genova e la trasmissione del relativo elenco da parte dell'Ateneo a Insieme Salute.

### **AP:**

**2.3** Entro i termini comunicati dall'Università, il dipendente interessato dovrà finalizzare la procedura guidata online accessibile tramite piattaforma di Ateneo (si veda il punto 2.5).

### **Familiari:**

**2.4** Tutti i PTA e AP aderenti possono estendere la copertura in favore del proprio nucleo familiare seguendo la procedura descritta nel successivo punto 2.5. Non è ammessa l'adesione parziale del nucleo familiare convivente, esclusi i componenti familiari già coperti da altra polizza sanitaria e quelli con età superiore a 67 anni.

**2.5** Per attivare la copertura o estenderla al nucleo familiare, il dipendente interessato dovrà seguire, entro i termini comunicati dall'Ateneo, la seguente procedura.

#### **Procedura guidata di adesione on-line**

Accedere all'area riservata di Insieme Salute tramite i servizi online di Ateneo, fare il preventivo senza impegno per attivare l'assistenza sanitaria per sé o per l'intero nucleo familiare e inserire i dati richiesti per l'iscrizione dei familiari.

**2.6** Per finalizzare la procedura sopra descritta, gli aderenti dovranno stampare e firmare il modulo di autorizzazione al prelievo automatico (SEPA) e trasmetterlo a Insieme Salute con le modalità ed entro i termini che saranno comunicati.

**2.7** Per tutte le adesioni a titolo volontario la finestra di adesione, della durata di 45 giorni, sarà aperta unicamente all'avvio del servizio. Non è richiesta la compilazione di questionari anamnestici.

In caso di necessità, l'aderente potrà contattare un numero dedicato per ricevere assistenza durante le procedure di adesione. Le richieste di assistenza e informazione potranno pervenire anche tramite indirizzo e-mail dedicato agli Assistiti dell'Ateneo. Il servizio di supporto, sia telefonico che tramite e-mail, sarà erogato anche in lingua inglese.

Al termine della procedura l'assistito riceverà un'e-mail di conferma di avvenuta attivazione della copertura contenente i nominativi delle persone per le quali la copertura è stata attivata.

La quota di adesione a carico dell'aderente a titolo volontario potrà essere rateizzata senza costi aggiuntivi.

### **3 - ADESIONI IN CORSO D'ANNO**

**3.1** Fatto salvo quanto stabilito nei precedenti articoli, le inclusioni di nuovi Assistiti in corso d'anno potranno avvenire al verificarsi dei seguenti casi:

- a) Assunzione - sono a tale fine considerati "Assunzione" tutti gli eventi giuridici che portano alla definizione di un nuovo rapporto di lavoro con l'Ateneo, indipendentemente da eventuali rapporti precedenti; in particolare e a titolo di esempio sono considerate nuove assunzioni l'attivazione di un nuovo assegno di ricerca o un nuovo contratto a TD (siano essi con o senza interruzione), piuttosto che il passaggio da una categoria ad un'altra (da PTA a PD, da una tipologia di PD all'altra, ecc.);
- b) rientro in servizio attivo;
- c) nascita/adozione/affidamento di un figlio;
- d) matrimonio;
- e) insorgere di convivenza;
- f) venir meno – per un familiare – di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro.

**3.2** La comunicazione dell'evento di assunzione o rientro in servizio per i PTA, salvo quanto specificato al successivo punto, deve pervenire a Insieme Salute entro 30 giorni dal verificarsi dello stesso. Qualora la comunicazione non pervenga entro tale scadenza, Insieme Salute non sarà tenuta ad accettare la domanda di adesione.

**3.3** In particolare, il computo dei contributi e le scadenze per il loro versamento devono essere effettuati come di seguito specificato:

#### **PTA**

In caso di assunzione o rientro in servizio attivo del PTA, l'assistenza sanitaria integrativa viene attivata in suo favore direttamente dall'Università, con oneri interamente a carico dell'Ateneo.

La copertura decorre dalla data dell'evento.

I contributi, interamente a carico dell'Università, sono calcolati a partire dalla data dell'evento; nel caso in cui tale data sia successiva al primo giorno del mese, i contributi sono calcolati a partire dal primo giorno del mese successivo alla data dell'evento.

#### **AP**

In caso di assunzione o rientro in servizio attivo il singolo AP può attivare l'assistenza sanitaria integrativa entro la fine del mese successivo a quello di assunzione/rientro in servizio, rapportandosi individualmente con Insieme Salute e con oneri a proprio carico.

La copertura decorre dalla data dell'evento.

I contributi a carico del dipendente sono calcolati a partire dalla data dell'evento; nel caso in cui tale data sia successiva al primo giorno del mese, i contributi sono calcolati a partire dal primo giorno del mese successivo alla data dell'evento.

#### **Familiari**

L'estensione della copertura per tutti i familiari dei dipendenti (PTA e PD), in tutti i casi di inclusione previsti, può essere richiesta entro la fine del mese successivo alla data dell'evento, rapportandosi individualmente con Insieme Salute e con oneri a carico del singolo interessato.

La copertura decorre dalla data dell'evento.

I contributi, interamente a carico del dipendente, sono calcolati a partire dalla data dell'evento; nel

caso in cui tale data sia successiva al primo giorno del mese, i contributi sono calcolati a partire dal primo giorno del mese successivo alla data dell'evento.

### **3.4 Modalità**

Le adesioni volontarie in corso d'anno avverranno con consegna a Insieme Salute da parte degli interessati dell'apposita modulistica messa a disposizione dalla Mutua debitamente compilata e firmata.

### **3.5 Contributi**

I contributi relativi alle adesioni volontarie avvenute in corso d'anno saranno da corrispondere in un'unica soluzione entro 60 giorni dalla data dell'evento.

## **4 - CONTRIBUTI**

### **4.1 I contributi annui, per ogni aderente, sono i seguenti:**

- **PTA:** premio annuo € 290,00 - oneri interamente a carico dell'Ateneo -;
- **AP:**
  - Ricercatori: € 290,00 annui;
  - Professori: € 380,00 annui;
  - Assegnisti, dottorandi e specializzandi: € 248,00 annui;
- **Nucleo familiare:**
  - Di PTA: € 290,00 annui per ciascun componente
  - Di AP:
    - Ricercatori: € 290,00 annui per ciascun componente;
    - Professori: € 380,00 annui per ciascun componente;
    - Assegnisti, dottorandi e specializzandi: € 248,00 annui per ciascun componente.

Non è possibile estendere la copertura separatamente a singoli componenti del nucleo familiare convivente;

l'adesione riguarda l'intero nucleo familiare convivente secondo i criteri sopra elencati.

### **4.2 Il pagamento sarà effettuato direttamente dall'Ateneo per il PTA. Il versamento avverrà con le modalità previste in convenzione.**

**4.3** I contributi per le adesioni volontarie saranno versati direttamente dal dipendente a Insieme Salute attivando un versamento automatico SEPA in 4 rate uguali con addebito diretto su conto corrente. Il modulo per l'attivazione del versamento automatico dovrà essere firmato e trasmesso a Insieme Salute contestualmente all'adesione.

**4.4** Per le adesioni in corso di anno, dovrà essere versato un contributo pari a tanti dodicesimi della quota annua quanti sono i mesi che separano la data di adesione dal 31/12 dell'anno in corso, come specificato al precedente punto 3, salvo che ci si avvalga della facoltà di decorrenza dallo stesso giorno di decorrenza delle adesioni collettive.

## **5 - DECORRENZA, SCADENZA, RECESSO E VALIDITA'**

**5.1** La copertura per i dipendenti facenti parte del PTA decorre dalle ore 00.00 del 01/02/2026, salvo quanto previsto nel precedente punto 4 e scade alle ore 24.00 del 31/01/2027.

**5.2** La copertura per tutte le adesioni volontarie decorre dallo stesso giorno di decorrenza delle adesioni collettive.

**5.3** Le adesioni volontarie si intenderanno tacitamente rinnovate nel caso di rinnovo del contratto tra Unige e Insieme Salute per l'annualità oggetto del rinnovo e per l'eventuale ulteriore proroga di sei mesi. L'assistito ha facoltà di disdetta della copertura mutualistica attivata volontariamente per sé o per il proprio nucleo familiare alla fine di ogni anno di copertura, con preavviso di 30 giorni, a valere dal 1° gennaio dell'anno successivo; tuttavia, tale disdetta precluderà la possibilità di rientrare nella copertura fino alla scadenza iniziale del contratto.

**5.4** Le garanzie sono valide per prestazioni sanitarie eseguite in tutto il mondo salvo diverse specificazioni.

## **6 - RINNOVO A TITOLO PRIVATO**

**6.1** Alla data di scadenza del Contratto o alla scadenza della copertura individuale per fatto inerente al singolo assistito (ad esempio, pensionamento, cessazione anticipata del rapporto di lavoro con l'Università), l'aderente potrà volontariamente rinnovare l'iscrizione a Insieme Salute, con oneri a proprio carico, senza limiti di età e con esplicita richiesta scritta. Le nuove condizioni di adesione a titolo privato saranno comunicate agli Assistiti da Insieme Salute. Dopo il rinnovo, l'Assistito non sarà mai escluso per anzianità o peggioramento delle condizioni di salute e potrà usufruire delle assistenze previste per tutta la vita. Solo l'Assistito può recedere dal vincolo associativo dandone comunicazione scritta tramite e-mail.

**6.2** Durante il periodo di validità della convenzione tra Ateneo e Insieme Salute, gli Assistiti che proseguono a titolo privato potranno mantenere il regime di deducibilità dei contributi versati come previsto dalla Risoluzione dell'Agenzia delle Entrate n° 293 del 11/07/2008.

## **7 - CESSAZIONI/REVOCHES IN CORSO D'ANNO**

**7.1** La revoca dalla copertura per i dipendenti PTA e AP potrà avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

- a) cessazione del rapporto di lavoro;
- b) termine del servizio attivo;
- c) decesso dell'Assistito.

**7.2** Per i PTA, la comunicazione dell'evento dovrà essere effettuata entro la fine del mese in cui si è verificato. In tali casi di esclusione, per il PTA l'assistenza sanitaria integrativa sarà comunque garantita sino alla fine dell'ultimo mese in cui viene prestato servizio attivo da parte del dipendente (di seguito "termine della copertura").

Per mantenere attiva la copertura, il PTA dovrà provvedere al versamento a proprio carico della restante quota (calcolata dal "termine della copertura" sino alla scadenza annuale della copertura) dopo aver inviato richiesta di prosecuzione scritta a Insieme Salute entro e non oltre la fine del mese successivo all'ultimo giorno di servizio attivo del rapporto di lavoro. In tal caso la copertura sarà garantita senza soluzione di continuità. Al

termine della scadenza della copertura, si applica quanto previsto al punto 6.

In caso di adesione volontaria (AP e familiari), la copertura rimane in essere fino alla scadenza annuale e pertanto i contributi restano acquisiti. Al termine della scadenza originaria si applica quanto previsto al punto 6.

## **8 - MODIFICA DEL NUCLEO FAMILIARE ISCRITTO**

**8.1** Il dipendente che ha esteso la copertura al nucleo familiare è tenuto a comunicare a Insieme Salute le seguenti variazioni entro i termini e con le modalità previste al punto 3:

- nascita/adozione/affidamento di un figlio;
- matrimonio o unione civile;
- insorgere di convivenza;
- venir meno – per un familiare – di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro.

**8.2** Le seguenti modifiche del nucleo familiare iscritto, non regolarizzabili in corso d'anno, potranno essere comunicate tramite procedura online:

- separazione, divorzio, scioglimento dell'unione civile o venir meno dello stato di convivenza;
- attivazione di altra copertura sanitaria integrativa del familiare;
- uscita dal nucleo familiare convivente dei figli/affiliati.

## **9 - STRUTTURE CONVENZIONATE**

Insieme Salute dispone di una rete di strutture sanitarie e odontoiatriche convenzionate in forma diretta (d'ora in poi "rete") e in forma indiretta su tutto il territorio nazionale. L'elenco delle strutture convenzionate è in continuo aggiornamento. Sul sito web [www.insiemesalute.org](http://www.insiemesalute.org) è possibile trovare l'elenco sempre aggiornato.

L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile anche tramite Web APP e APP Mobile.

Sia tramite sito web sia tramite la piattaforma Cosmo, è possibile ricercare con geolocalizzatore e selezionare la struttura più vicina alla propria posizione (residenza, luogo di lavoro, luogo di villeggiatura, ecc.), in base alla prestazione che si deve effettuare e alle valutazioni aggregate degli Assistiti.

Per avere tutte le informazioni sulle strutture convenzionate l'Assistito può contattare anche il servizio di assistenza telefonica o di posta elettronica di Insieme Salute.

**Si segnala che Insieme Salute stipula le convenzioni con le strutture sanitarie, all'interno delle stesse alcuni medici potrebbero non riconoscere la convenzione con Insieme Salute. In caso di scelta del medico, l'Assistito deve accertarsi al momento della prenotazione che il medico sia convenzionato. In altri termini, al momento della prenotazione occorre fare riferimento alla convenzione Consorzio Mu.Sa/Insieme Salute e accertarsi che il medico sia convenzionato in forma diretta. Diversamente la presa in carico potrebbe non andare a buon fine e la struttura potrebbe chiedere il saldo dell'intera prestazione.**

## **10 - ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA**

**10.1** Per assistenza in forma diretta si intende la possibilità per l'Assistito di recarsi presso le strutture convenzionate con Insieme Salute e usufruire delle prestazioni senza anticipare il costo delle stesse o pagando al momento dell'accettazione le sole quote a suo carico come previsto dal presente regolamento.

**10.2** Per accedere alle prestazioni in forma diretta con le strutture convenzionate, l'Assistito dovrà utilizzare, a sua scelta, una delle due seguenti procedure:

*a) Procedura di richiesta Presa in carico*

*(Definizione di presa in carico: comunicazione con la quale Insieme Salute si impegna, nei confronti della struttura sanitaria convenzionata, a farsi carico del pagamento degli importi relativi alle prestazioni prenotate come previsto dal piano di assistenza proposto).*

- L'Assistito prenota autonomamente la prestazione presso la Struttura sanitaria convenzionata facendo riferimento alla convenzione Consorzio Mu.Sa/Insieme Salute e accertandosi che il medico sia convenzionato in forma diretta.
- L'Assistito comunica a Insieme Salute gli estremi della prenotazione:
  - nominativo Assistito
  - struttura convenzionata scelta
  - prestazione da eseguire
  - data e ora di esecuzione della prestazione
  - diagnosi (se richiesta)
  - modalità di accesso (privato).

*La comunicazione dei precedenti dati dovrà essere fatta alternativamente:*

- telefonando al numero dedicato;
- inserendo i dati da Web APP o APP MobileCOSMO.

Insieme Salute inoltra la presa in carico della prestazione alla struttura convenzionata e all'Assistito entro 2 giorni lavorativi dalla richiesta

*b) Procedura di richiesta prenotazione*

- L'Assistito contatta il servizio prenotazioni di Insieme Salute al numero dedicato o inserisce i dati richiesti dall'apposita procedura guidata a disposizione tramite APP Mobile o Web APP.
- Insieme Salute effettua la prenotazione presso la struttura convenzionata scelta dall'Assistito e nei periodi di disponibilità comunicati dall'Assistito.
- Insieme Salute invia un'e-mail o un sms (a scelta dell'Assistito) contenente la conferma e gli estremi della prenotazione.

La prenotazione viene gestita in 5 giorni solari e l'appuntamento viene confermato all'assistito entro 5 giorni direttamente dagli operatori di Insieme Salute.

Il servizio di prenotazione non è vincolante, l'assistito può prenotare anche in autonomia rivolgendosi

direttamente alle strutture convenzionate di cui, telefonicamente o tramite portale, può conoscere i recapiti telefonici diretti.

**10.3** In caso di cessazione e/o disdetta di una Convenzione tra il Network e Insieme Salute lo stesso si impegna con la Struttura a garantire che eventuali prestazioni già autorizzate, vengano comunque prese in carico.

Qualora ciò non fosse possibile, per cause non dipendenti dalla volontà di Insieme Salute, la prestazione verrà anticipata dall'Assistito e rimborsata con garanzia di applicazione delle medesime condizioni previste per il convenzionamento diretto.

## **11 - RIMBORSI**

**11.1** I rimborsi e le indennità previste vanno richiesti direttamente a Insieme Salute tramite foto, fotocopie o scansioni inviate tramite:

- procedura guidata da Web APP (tramite piattaforma di Ateneo) o APP Mobile Insieme Salute;
- invio fax allo 02.37052072;
- posta tradizionale a Insieme Salute – 20146 Milano – Viale San Gimignano, 30/32.

**11.2** Le liquidazioni avverranno entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa con bonifico bancario sul c/c dell'Assistito.

**11.3** I rimborsi di Insieme Salute sono integrativi di eventuali rimborsi dovuti dalle ASL o da altri enti mutualistici o da compagnie di assicurazione per i quali gli Assistiti devono fare regolare richiesta.

**11.4** In occasione della prima richiesta di rimborso l'Assistito comunicherà a Insieme Salute o inserirà attraverso la piattaforma le coordinate bancarie per l'accredito dei rimborsi. L'assistito è tenuto a comunicare tramite piattaforma o e-mail l'eventuale modifica del conto corrente. Per modificare il conto corrente correlato all'addebito delle quote associative è invece obbligatorio scrivere a [info@insiemesalute.org](mailto:info@insiemesalute.org).

**11.5** Entro 30 (trenta) giorni solari dall'inserimento della richiesta Insieme Salute dovrà:

- evadere la pratica effettuando il pagamento dell'importo da liquidare;
- respingere la pratica con obbligo di motivazione;
- sospendere la pratica richiedendo eventuale documentazione integrativa.

## **12 - DOCUMENTAZIONE E CONTROLLI**

Insieme Salute si riserva la facoltà di richiedere ogni documentazione clinica utile per procedere all'erogazione delle assistenze a norma del presente regolamento. L'Assistito deve consentire eventuali controlli medici disposti da Insieme Salute in relazione alle richieste di assistenza.

## **13 – PRESCRIZIONE**

Il diritto a richiedere i rimborsi e le indennità si prescrive decorsi due anni dalla data in cui sono state effettuate le prestazioni.

## **14 – AGEVOLAZIONI**

### **14.1 Card salute digitale**

Card Salute è il tesserino digitale e nominativo che ciascun Assistito può utilizzare per ottenere sconti presso le prestazioni erogate dalle strutture sanitarie convenzionate in tutta Italia. Gli sconti sono applicati senza preventiva autorizzazione di Insieme Salute, semplicemente presentando Card Salute, in corso di validità, in accettazione, anche sulle prestazioni non coperte dal piano assistenziale. Card Salute non dà diritto a sconti sulle prestazioni odontoiatriche.

Card Salute digitale è scaricabile tramite piattaforma di Ateneo o APP mobile Insieme Salute. La Card è un documento personale che non può essere ceduto e che va esibito unitamente ad un documento di riconoscimento.

### **14.2 Accesso alla rete degli enti convenzionati per ulteriori sconti e agevolazioni**

Tutti gli Assistiti, tramite piattaforma online, possono conoscere e accedere a una serie di vantaggi aggiuntivi presso gli enti convenzionati come, ad esempio, sconti sulle assicurazioni viaggio in Italia e all'estero, sui soggiorni in villeggiatura, sui biglietti di spettacoli teatrali, sul tesseramento alle associazioni, su polizze casa, auto, sull'acquisto degli occhiali, ecc.

### **14.3 Servizio di consulenza per la ricerca e scelta delle strutture convenzionate**

L'Assistito può sempre cercare in autonomia la struttura convenzionata presso cui recarsi, a seconda della prestazione che deve effettuare, utilizzando un semplice strumento di ricerca online con geolocalizzazione. L'Assistito che necessita di aiuto nella ricerca della struttura può inoltre accedere al servizio gratuito di consulenza erogato dai nostri operatori che, grazie alla loro esperienza e formazione, saranno in grado di guidare l'assistito nella scelta della struttura che meglio può rispondere alle sue esigenze, consigliando ad esempio la più comoda da raggiungere, quella con miglior rating, quella maggiormente specializzata per la cura di specifiche patologie, ecc.

### **14.4 Servizio di prenotazione per conto degli assistiti**

L'Assistito potrà procedere in autonomia alla prenotazione della prestazione di cui ha bisogno o, in alternativa, potrà chiedere a Insieme Salute di contattare le strutture convenzionate e fissare per suo conto l'appuntamento nei giorni e nelle fasce orarie di sua preferenza.

### **14.5. Accesso alla rete di dentisti convenzionati e applicazione del tariffario agevolato**

L'Assistito può accedere alla rete di strutture odontoiatriche convenzionate con Insieme Salute e usufruire dell'applicazione di un tariffario concordato e controllato sulle prestazioni effettuate.

### **14.6. Servizio di verifica preventivi e tariffe agevolate per prestazioni odontoiatriche**

Insieme Salute controlla e vista per conformità tutti i preventivi stilati dai dentisti convenzionati, garantendo così la corretta applicazione delle tariffe agevolate.

### **14.7. Servizio di verifica preventivi e tariffe agevolate per ricoveri e interventi a pagamento**

L'Assistito può sempre chiedere a Insieme Salute la verifica dei preventivi relativi a ricoveri, interventi e day hospital presso le strutture convenzionate per avere garantita l'applicazione delle corrette tariffe agevolate.

#### **14.8. Servizio di assistenza fiscale per la dichiarazione dei redditi**

Ogni anno, in tempo per la dichiarazione dei redditi, Insieme Salute mette a disposizione degli Assistiti, attraverso piattaforma online o, su richiesta, con invio per posta/e-mail, i seguenti documenti:

- attestazione del versamento dei contributi (per le adesioni volontarie): il documento riporta l'ammontare delle quote versate per ciascun aderente e il rigo e numero dove gli importi vanno inseriti nei principali modelli per la dichiarazione dei redditi;
- riepilogo dei rimborsi effettuati nell'anno: per ciascun Assistito il documento riporta la data della prestazione effettuata, la tipologia di prestazione, l'ammontare della spesa sostenuta, l'ammontare del rimborso erogato da Insieme Salute e l'eventuale ammontare della parte di rimborso rimasta a carico dell'Assistito;
- risposte alle domande frequenti.

Questi documenti mettono l'Assistito nelle condizioni di usufruire di tutte le agevolazioni fiscali nel modo più semplice, senza avere dubbi o dover effettuare calcoli complicati.

Gli operatori di Insieme Salute sono inoltre formati per dare assistenza sulle principali difficoltà in cui l'assistito può incorre in sede di compilazione del 730 (ad esempio, interpretazione dei dati del 730 precompilato relativi alle spese sanitarie e ai rimborsi ricevuti; gestione dei redditi a tassazione separata per quanto riguarda le spese rimborsate in anni successivi a quelli in cui sono state erogate, ecc.).

#### **14.9. Assistente personale per le situazioni cliniche complesse**

L'Assistito può chiedere di essere seguito sempre dallo stesso operatore in quei casi particolarmente delicati in cui si trova a dover affrontare problematiche impreviste (ad esempio infortunio, diagnosi di malattia oncologica, perdita dell'autosufficienza, importanti spese odontoiatriche o ricoveri) o sta per intraprendere una serie di accertamenti (ad esempio per gravidanza).

L'assistito viene pertanto guidato nell'utilizzo delle prestazioni da un assistente personale che lo informerà su tutte le assistenze previste a lui utili e gestirà tutte le sue pratiche e richieste di assistenza.

L'assistente personale diventa un punto di riferimento che risponde principalmente alle seguenti esigenze:

- ✓ porre la persona in difficoltà al centro dell'attenzione;
- ✓ instaurare un rapporto di fiducia tra assistito e operatore;
- ✓ specializzare l'operatore sul caso specifico e permettere all'assistito di non dover riferire più volte e a più persone diverse circa la sua situazione;
- ✓ orientare l'Assistito nel corretto utilizzo delle prestazioni per evitare che non riesca ad ottenere le assistenze previste perché non ha ben compreso o seguito le modalità previste dal regolamento (preventiva autorizzazione per gli impianti endossei, procedura di presa in carico, ecc.);
- ✓ seguire l'assistito in un percorso duraturo e continuativo.

#### **14.10. Videoconsulenze da remoto**

Insieme Salute offre un servizio di videoconsulenza da remoto o "sportello online".

Lo sportello online è accessibile tramite piattaforma e attivo in tutti i giorni feriali in orario d'ufficio. Gli operatori di Insieme Salute potranno fornire assistenza in tempo reale da remoto, potendo condividere lo schermo e semplificare la spiegazione di procedure informatiche (es. attivazione dei servizi, procedura di prenotazione e presa in carico, richieste di rimborso, ricerca struttura convenzionata, ecc.).

## **PRESTAZIONI**

L'assistenza sanitaria integrativa interviene in caso di malattia, infortunio, gravidanza, parto e prevenzione con le modalità e le limitazioni previste dal presente regolamento.

### **PRESTAZIONI COMPRESE NELLA COPERTURA BASE**

**15 - VISITE SPECIALISTICHE E ALTA DIAGNOSTICA** - La copertura mutualistica rimborsa le spese sanitarie a fronte di una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico (patologia accertata o presunta o la sintomatologia) o l'infortunio che ha reso necessaria la prestazione stessa.

#### **15.1- PRESTAZIONI TRAMITE SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

Rimborso del 100% di tutti i ticket sanitari (compresa la "quota aggiuntiva regionale") corrisposti dagli assistiti alle strutture sanitarie pubbliche o private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale.

##### ***Norme per ottenere la prestazione***

- L'Assistito può richiedere il rimborso inviando a Insieme Salute la copia del ticket a lui intestato, contenente la data, il soggetto erogatore della prestazione, il dettaglio delle prestazioni sanitarie eseguite, l'importo. Il documento dovrà indicare, in maniera inequivocabile, che trattasi di ticket. Alla domanda di rimborso deve essere allegata anche la copia della prescrizione medica contenente la diagnosi o il sospetto diagnostico o la sintomatologia per la quale le prestazioni sono state richieste.

#### **15.2 - ALTA DIAGNOSTICA PRIVATA**

L'Assistito ha diritto all'assistenza per le prestazioni di alta diagnostica eseguite privatamente riportate nell'elenco (**Allegato 1**).

Norme per ottenere la prestazione:

- **La prestazione è fornita in forma diretta in rete** con una franchigia di € **30** a carico dell'Assistito per ogni prestazione, da corrispondere alla struttura sanitaria al momento dell'esecuzione della prestazione. È necessaria la copia della prescrizione medica con indicazione della diagnosi accertata o presunta o la sintomatologia per cui vengono richiesti gli esami. Non sono ritenute valide come diagnosi diciture del tipo "controllo", "accertamenti", "prevenzione" e simili, se non accompagnate da ulteriore specifica. **Massimale: € 1.500.000/anno.**
- **L'assistenza è garantita in forma rimborsuale presso qualsiasi struttura sanitaria** con un minimo non indennizzabile di € **60** per ogni esame e fino a un **massimale annuo di € 1.500.000**. L'Assistito può richiedere il rimborso inviando a Insieme Salute la copia della fattura o parcella o altro documento di spesa a lui intestato, contenente la data, il soggetto erogatore della prestazione, il dettaglio delle prestazioni sanitarie eseguite, l'importo, la copia della prescrizione con indicazione della diagnosi accertata o presunta o la sintomatologia per cui vengono richiesti gli esami. Non sono ritenute valide come diagnosi diciture del tipo "controllo", "accertamenti", "prevenzione" e simili, se non accompagnate da ulteriore specifica.

### **15.3 - VISITE SPECIALISTICHE PRIVATE IN RETE**

Ogni assistito può usufruire di visite specialistiche in rete, senza massimali annui e senza numero massimo di prestazioni effettuabili, presso le strutture convenzionate con Insieme Salute: costo a carico assistito di **€ 20** per visita.

Sono coperte le seguenti visite:

1. Algologica
2. Allergologica
3. Allergologica pediatrica
4. Andrologica
5. Anatomia patologica
6. Anestesiologica
7. Angiologica
8. Antalgica
9. Audiologica
10. Auxologica
11. Bariatrica
12. Cardiochirurgica
13. Cardiochirurgica pediatrica
14. Cardiologica
15. Cardiologica pediatrica
16. Chirurgia bariatrica
17. Chirurgia dermatologica
18. Chirurgia endoscopica
19. Chirurgia oncologica
20. Chirurgia plastica
21. Chirurgia senologica
22. Chirurgia toracica
23. Chirurgia vascolare
24. Chirurgica
25. Dermatologica
26. Diabetologica
27. Dietologica
28. Ematologica
29. Ematologica per trombosi
30. Endocrino-chirurgica
31. Endocrinologia pediatrica
32. Endocrinologica
33. Endocrinologica bariatrica
34. Endocrinologica neoplasie
35. Endocrinologica per dislipidemia
36. Endocrinologica per gravidanza

- 37.Endocrinologica per menopausa
- 38.Endocrinologica post-ictus
- 39.Epatologica
- 40.Farmacologia medica
- 41.Fisiatrica
- 42.Foniatica
- 43.Gastroenterologica
- 44.Gastroenterologica pediatrica
- 45.Gastroenterologica per stipsi
- 46.Geriatrica
- 47.Ginecologica
- 48.Gnatologica
- 49.Immunologica
- 50.Infettivologica
- 51.Internistica
- 52.Maxillo facciale
- 53.Medicina generale
- 54.Medicina nucleare
- 55.Microangiologica
- 56.Neonatologica
- 57.Nefrologica
- 58.Neurochirurgica
- 59.Neurooftalmologica
- 60.Neurologica
- 61.Neurologica per cefalee
- 62.Neurologica stroke
- 63.Oculistica
- 64.Oculistica pediatrica
- 65.Oncoematologica
- 66.Oncologica
- 67.Oncurologica
- 68.Ortopedica
- 69.Ortopedia pediatrica
- 70.Ostetrica
- 71.Otorinolaringoiatrica
- 72.Pediatrica
- 73.Podologica
- 74.Pneumologica
- 75.Proctologica
- 76.Radiologia interventistica
- 77.Radioterapica
- 78.Reumatologica
- 79.Senologica
- 80.Tossicologica
- 81.Traumatologica
- 82.Urologica

- 83.Urologia pediatrica
- 84.Venerologica
- 85.Vulnologica

#### **15.4 - VISITE SPECIALISTICHE PRIVATE FUORI RETE**

Ogni assistito può usufruire delle seguenti prestazioni effettuate fuori rete: **visita neurochirurgica, cardiochirurgica, oncologica per patologia tumorale già diagnosticata, ematologica.** Tali visite, effettuate privatamente presso strutture non convenzionate o medici non convenzionati, sono rimborsate con uno scoperto del 30% e fino a € 150 per ciascuna visita senza massimali annui, né in termini di importo né di numero di prestazioni effettuabili in un anno.

### **16 - AREA RICOVERO**

#### **16.1 - RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO**

##### **a) Ricovero con SSN** (Servizio Sanitario Nazionale) – Nessun costo a carico dell’Assistito

L’Assistito ha diritto a un’indennità giornaliera pari a € 50 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 90 giorni per anno e per persona. La garanzia si applica esclusivamente ai casi di grande intervento chirurgico eseguito in regime di ricovero presso strutture pubbliche, con spese interamente a carico del SSN.

##### **b) Ricovero con costi a carico dell’Assistito**

In caso di grande intervento chirurgico con spese sostenute direttamente dall’Assistito, è previsto un rimborso forfettario minimo fino a € 500 al giorno per le seguenti voci:

- degenza
- sala operatoria
- onorari medici
- esami diagnostici
- farmaci
- assistenza infermieristica

Anche in questo caso, la prestazione è riconosciuta per un massimo di 90 giorni per anno e per persona.

##### **Documentazione richiesta:**

- Copia o scansione della cartella clinica
- Lettera di dimissioni indicante data di ricovero, data di dimissione e motivo del ricovero
- Copia di tutte le fatture e delle notule mediche rimaste effettivamente a carico dell’Assistito

##### **Ambiti dei Grandi Interventi Chirurgici**

I ricoveri oggetto delle garanzie di cui alle lettere a) e b) devono riguardare i Grandi Interventi Chirurgici, di cui all’elenco dettagliato nell’**Allegato 2 – ELENCO DEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

## **16.2 - ALTRI RICOVERI**

Per i ricoveri non classificabili come grandi interventi chirurgici, l'Assistito ha diritto a un'indennità pari a € 35 per ogni giorno di ricovero, fino a un massimo di 90 giorni per ciascun evento di ricovero.

La copertura si estende a:

- Ricoveri con o senza intervento chirurgico
- Ricoveri in strutture sanitarie pubbliche o private
- Ricoveri in regime ordinario
- Day-hospital, inclusi i trattamenti oncologici
- Day-surgery

Documentazione richiesta:

- Lettera di dimissioni indicante: data di ricovero, data di dimissione, motivo del ricovero

## **16.3 - Norme generali sui ricoveri**

- Il giorno di ingresso e quello delle dimissioni verranno computati, ad ogni effetto, come una sola giornata di degenza;
- rimborsi previsti al punto 16.1 sono relativi alla sola degenza per l'intervento. Eventuali successivi ricoveri, per esempio in reparti di riabilitazione, verranno assistiti in base a quanto previsto al punto 16.2.
- Non sono erogate indennità giornaliere per i ricoveri e i day hospital/day surgery per cui l'Assistito abbia richiesto altri rimborsi di documenti di spesa relativi alle stesse prestazioni erogate in regime di ricovero.
- Sono assistiti i ricoveri per acuzie o riabilitazione previsti dal Decreto del Ministero della Salute 18/10/2012 art. 2 commi 1 e 2.

## **17 - PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE E ORTODONTICHE**

Le prestazioni odontoiatriche e ortodontiche sono erogate in forma diretta presso le strutture convenzionate con la Insieme Salute. Alcune prestazioni possono essere erogate anche in forma indiretta, con rimborso all'Assistito secondo le modalità indicate di seguito.

### **17.1 Prestazioni Odontoiatriche presso strutture convenzionate.**

Le seguenti prestazioni sono garantite in rete una volta per anno per ciascun Assistito, con le seguenti condizioni:

- Visita odontoiatrica e ablazione del tartaro: gratuita (sono previste due prestazioni per anno e per persona, senza massimale.)
- Otturazioni, cure canalari ed estrazioni: scoperto a carico dell'Assistito pari al 20 % (è prevista una prestazione per anno e per persona, senza massimale).
- Impianti endossei: (è prevista una prestazione per anno e per persona, senza massimale) scoperto pari al 20 %.

**Inoltre:**

- **In caso di evento traumatico** certificato da Pronto Soccorso (es. incidente domestico, trauma, ecc.)<sup>1</sup> sono assistiti 4 impianti senza scoperto a carico dell'assistito.
- L'Assistito ha diritto all'assistenza delle due ortopantomografie effettuate in rete prima e dopo l'impianto endosseo assistito in forma diretta. La prestazione è fornita in forma diretta in rete fino a 25 € a prestazione.
- L'Assistito ha diritto all'assistenza dei seguenti interventi chirurgici odontoiatrici effettuati in rete, fino a un massimale di € 1.000 all'anno per persona, senza applicazione di scoperti e/o franchigie: adamantinoma; cisti follicolari; cisti radicolari; neoplasie ossee mandibolo/mascellari; osteiti mascellari; odontoma. L'assistenza è erogata in forma rimborsuale in rete.

## **17.2 Prestazioni odontoiatriche presso strutture non convenzionate**

Sono coperte le seguenti prestazioni effettuate presso studi odontoiatrici non convenzionati:

1. ablazione del tartaro fuori rete

Ogni assistito ha diritto a una ablazione del tartaro fuori rete rimborsata fino a un massimo di 30 € per anno e per persona entro il massimale complessivo di 2 ablazioni del tartaro all'anno.

2. impianti endossei fuori rete

Ogni assistito ha diritto al rimborso di un impianto endosseo per anno e per persona effettuato fuori rete. La prestazione è rimborsata fino a 400 € a impianto.

3. prestazioni post infortunio fuori rete<sup>2</sup>

In caso di evento traumatico certificato da Pronto Soccorso (es. incidente domestico, trauma, ecc.) sono assistiti 4 impianti senza scoperto a carico dell'assistito, con massimale di 3.000 €.

4. interventi chirurgici odontoiatrici fuori rete

L'Assistito ha diritto all'assistenza dei seguenti interventi chirurgici odontoiatrici effettuati fuori rete, fino a un massimale di € 1.000 all'anno per persona, senza applicazione di scoperti e/o franchigie: adamantinoma; cisti follicolari; cisti radicolari; neoplasie ossee mandibolo/mascellari; osteiti mascellari; odontoma. L'assistenza è erogata in forma rimborsuale.

## **17.3 Prestazioni Ortodontiche**

Presso strutture convenzionate:

- Visita ortodontica con predisposizione del piano di cura: gratuita (1/anno/persona)
- Trattamenti ortodontici (terapia fissa, mobile e intercettiva): scoperto del 30%

Presso strutture non convenzionate:

- Rimborso per tutti i trattamenti ortodontici (terapia fissa, mobile e intercettiva), con scoperto del 30%

Massimali previsti:

- Prestazioni ortodontiche in strutture convenzionate: € 350,00 per anno di cura
- Prestazioni ortodontiche in strutture non convenzionate: € 300,00 per anno di cura

---

<sup>1</sup> Si vedano, in ogni caso, le esclusioni

<sup>2</sup> Si vedano, in ogni caso, le esclusioni

#### **17.4 Condizioni e Documentazione richiesta per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche**

Per ottenere l'assistenza, sia in forma diretta che rimborsuale, è necessario:

- Richiedere autorizzazione scritta da parte di Insieme Salute prima dell'inizio delle cure inviando e-mail all'indirizzo: [prenotazioni@insiemesalute.org](mailto:prenotazioni@insiemesalute.org) con preventivo e ortopantomografia pre trattamento (eccetto che per le otturazioni) non anteriore a 30 giorni rispetto alla data del preventivo con l'indicazione della data di esecuzione e descrizione nel dettaglio del trattamento ortodontico da eseguire (L'autorizzazione preventiva non è richiesta per: prestazioni SSN, visita odontoiatrica privata e ablazione del tartaro privata)
- Le cure devono essere interamente eseguite durante il periodo di iscrizione dell'Assistito a Insieme Salute (inizio, fine trattamento e fatturazione inclusi).
- 

Documentazione necessaria per richiedere il rimborso:

Per cure odontoiatriche e interventi chirurgici odontoiatrici:

- Copia della fattura, parcella o altro documento di spesa, contenente:
- Nominativo dell'Assistito
- Data della prestazione
- Soggetto erogatore
- Dettaglio delle prestazioni sanitarie
- Importo per ciascuna prestazione

In aggiunta, per:

- Impianti endossei, otturazioni, cure canalari, estrazioni:
  - Preventivo di cura
  - Panoramica (ortopantomografia) pre e post trattamento, con:
    - Data di esecuzione indicata
    - La panoramica pre-trattamento non deve essere anteriore a 30 giorni rispetto alla data del preventivo, né successiva alla decorrenza della copertura
- In caso di impianti post-infortunio: è richiesto il certificato di Pronto Soccorso
  - In alternativa alla panoramica, per otturazioni, cure canalari ed estrazioni è ammessa radiografia endorale

Per cure ortodontiche:

- Studio ortodontico completo, predisposto prima dell'inizio del trattamento

#### **18 - PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE e OSTEOPATICHE**

A fini riabilitativi su prescrizione medica, a seguito di malattia o infortunio o post ricovero, l'Assistito può fruire di:

- Ciclo di prestazioni da effettuarsi presso strutture convenzionate
  - massimale annuo di 350 € con franchigia di € 40 per ciclo di prestazioni in forma diretta in rete
- Ciclo di prestazioni effettuate presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale
  - massimale annuo di 100.000 in forma rimborsuale (ticket)
- Ciclo di prestzioni da effettuarsi presso strutture non convenzionate

- massimale annuo di 250 € con franchigia di € 70 per ciclo di prestazioni fuori rete effettuate in forma rimborsuale

In tutti i casi sopra previsti, in caso di infortunio certificato dal verbale di Pronto Soccorso il massimale del primo ciclo post infortunio è elevato a 1.200 €. Sono assistiti gli infortuni occorsi dopo la data di decorrenza della copertura

L'Assistito ha diritto all'assistenza dei seguenti trattamenti fisioterapici e osteopatici:

1. diatermia onde corte/microonde (radar terapia)
2. elettromagnetica
3. eletroterapia di muscoli normo o denervati (faradica, galvanica, idrogalvanica, interferenziale)
4. elettrostimolazioni EMS / TENS
5. ionoforesi
6. ipertermia segmentaria
7. laserterapia antalgica
8. magnetoterapia
9. massoterapia distrettuale – riflessogena
10. onde d'urto
11. pressoterapia o depressoterapia intermittente
12. tecarterapia (biostimolazione)
13. terapia a luce ultravioletta o applicazione PUVA
14. trazioni vertebrali meccaniche
15. ultrasonoterapia
16. manipolazioni vertebrali
17. rieducazione motoria.
18. idrokinesiterapia
19. idromassoterapia
20. infrarossoterapia)
21. isocinetica
22. marconiterapia
23. meccanoterapia

## **18.1 Documentazione necessaria e norme per ottenere le prestazioni**

Per richiedere l'assistenza, l'Assistito dovrà inviare:

- copia della prescrizione medica contenente la patologia che ha reso necessarie le prestazioni, l'indicazione del percorso riabilitativo da eseguire (dettaglio della prestazione e numero di cicli necessari) e le funzionalità da riabilitare. La prescrizione dovrà essere rilasciata dal medico di base o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata;
- copia della fattura contenente il nominativo dell'Assistito, la data, il soggetto erogatore della prestazione, il numero e la tipologia di prestazioni eseguite, dettaglio dell'importo per prestazione.
- In caso di infortunio è necessario inviare copia del verbale del Pronto Soccorso.
- Le prestazioni dovranno essere effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

## **19 - PACCHETTI PREVENZIONE**

L'assistito può effettuare lo stesso anno tutte le prestazioni di prevenzione proposte dal programma offerto da Insieme Salute, senza massimali di numero e importo, senza dover rinunciare a uno o più prestazioni consigliate per il medesimo anno.

### **19.1 Modalità di accesso al programma di prevenzione e diagnosi precoce personalizzato**

Ogni dipendente che vorrà accedere al programma di prevenzione dovrà, tramite la piattaforma di Insieme Salute, procedere alla compilazione di un questionario gratuito online per l'auto-profilazione dei comportamenti di prevenzione oncologica, il cosiddetto "Diario dei controlli".

Il programma verrà generato immediatamente; al termine del questionario sarà fornito il dettaglio dei controlli consigliati e la relativa periodicità, in base al genere, all'età, agli stili di vita e alle date degli ultimi controlli effettuati

Il dipendente potrà compilare un questionario all'anno e mantenere il programma di prevenzione oncologica sempre aggiornato in base alle sue reali esigenze.

Le prestazioni di diagnosi precoce proposte nel programma di prevenzione oncologica personalizzato sono quelle riconosciute come efficaci ed appropriate in base alle vigenti linee guida del Ministero della Salute, della Commissione Europea e dell'Istituto Superiore di Sanità e sono:

#### **DONNA 18-24 ANNI**

visita ginecologica con ecografia transvaginale  
visita dermatologica per controllo nevi

#### **DONNA 25-49 ANNI**

PAP Test o HPV Test  
visita ginecologica con ecografia transvaginale  
visita dermatologica per controllo nevi  
visita senologica

#### **DONNA 50 ANNI E OLTRE**

PAP Test o HPV Test  
ricerca del sangue occulto nelle feci  
mammografia  
visita ginecologica con ecografia transvaginale  
visita dermatologica per controllo nevi  
visita otorinolaringoiatrica

#### **UOMO 18-24 ANNI**

visita dermatologica per controllo nevi

**UOMO 25-49 ANNI**

visita dermatologica per controllo nevi  
visita urologica

**UOMO 50 ANNI E OLTRE**

ricerca del sangue occulto nelle feci  
visita otorinolaringoiatrica  
visita dermatologica per controllo nevi  
visita urologica

Tali prestazioni potranno essere aggiornate in base agli sviluppi e alle future ricerche. La periodicità con cui le prestazioni vengono proposte variano a seconda del genere, dell'età, degli stili di vita e degli ultimi controlli effettuati.

**Al termine del questionario**, ogni Assistito potrà attivare tramite piattaforma il suo personale "Diario dei controlli" per effettuare le prestazioni consigliate dal programma di prevenzione oncologica personalizzato. **Le prestazioni vengono effettuate gratuitamente presso le strutture convenzionate** con Insieme Salute, senza massimali annui.

## **20 - PACCHETTO MATERNITÀ**

Le assistite in gravidanza hanno diritto alle seguenti prestazioni incluse nel pacchetto maternità:

### **20.1 Diaria per ricovero**

L'Assistita ha diritto a un'indennità di 30 € per ogni giorno di ricovero per parto naturale, cesareo o aborto. L'assistenza è erogata fino a 7 giorni di ricovero per gravidanza

### **20.2 Ticket sanitari per gravidanza**

L'Assistita ha diritto al rimborso del 100% dei ticket sanitari corrisposti per visite, esami di laboratorio, ecografie, corsi di preparazione al parto. L'assistenza è erogata senza massimali annui.

### **20.3 Visite ed ecografie ostetrico/ginecologiche private**

L'Assistita ha diritto al rimborso del 100% di massimo 3 visite e 3 ecografie ostetrico/ginecologiche private per evento (il massimale è elevato a 5 visite e 5 ecografie per evento in caso di gravidanza a rischio). Sono coperte le prestazioni effettuate sia in rete che fuori rete

### **20.4 Test e screening prenatali**

L'Assistita ha diritto al rimborso dei seguenti test prenatali: screening prenatali /test del DNA fetale /NIPT (test prenatali non invasivi - es. Harmony test, Panorama test, ecc.), bitest, villocentesi, amniocentesi. Le prestazioni sono rimborsate al 100% senza massimali se effettuate tramite SSN e fino a un massimale di 500 € per evento se effettuate privatamente in rete o fuori rete.

### **20.5 Parto a domicilio**

L'Assistita ha diritto al rimborso fino a 1.000 € per il parto a domicilio.

### **20.6 Riabilitazione post-parto**

L'Assistita ha diritto al rimborso fino a massimo 200 € per evento per le seguenti prestazioni di riabilitazione post- parto, effettuate entro sei mesi dal parto, sia in rete che fuori rete:

- ginnastica post-parto (max 10 € a seduta)
- riabilitazione del pavimento pelvico (max 25 € a seduta).

## **20.7 Assistenza psicologica**

L'assistenza psicologica descritta al punto 26 interviene anche sulle tematiche relative alla maternità come, ad esempio, la depressione post parto (con specifici percorsi sia per la madre che per il padre), la conciliazione vita- lavoro, il rientro al lavoro dopo una lunga assenza, ecc.

## **20.8 DOCUMENTI RICHIESTI**

- Copia del certificato di gravidanza rilasciato dal medico curante o dallo specialista da inviare una sola volta, in occasione della prima richiesta di rimborso (anche per accesso in forma diretta).
- Copia della lettera di dimissioni dal ricovero per parto, cesareo, aborto.
- Copia della fattura contenente il nominativo dell'Assistito, la data, il soggetto erogatore della prestazione, il dettaglio delle prestazioni sanitarie eseguite, l'importo.

## **21 -LENTI E OCCHIALI**

Insieme Salute rimborsa sino alla concorrenza annua di €150 per assistito, le spese sostenute per l'acquisto di occhiali da vista/lenti e/o lenti a contatto.

Al fine di ottenere il rimborso è necessario presentare:

### **Per la prima richiesta di rimborso:**

- Prescrizione del medico specialista con l'indicazione della modifica del visus da correggere anche espresso in sfera, asse, cilindro. Non potranno essere accettate prescrizioni con diciture generiche quali "miopia", "astigmatismo", ecc. La prescrizione non dovrà avere una data anteriore a 30 giorni rispetto a quella dell'acquisto delle lenti;
- Copia della fattura dell'ottico regolarmente intestata. La fattura dovrà indicare la tipologia di lente acquistata (monofocale, bifocale, progressiva, ecc.), la correzione del difetto visivo (Sfera, Asse, Cilindro e addizionali) e il dettaglio degli importi spesi per le lenti oftalmiche ed eventuali montature.
- Certificato di conformità delle lenti rilasciato dall'ottico, come da D.Lgs. del 24/02/97 n.46.

### **Per le successive richieste di rimborso:**

- Prescrizione del medico specialista oppure prescrizione dell'ottico contenente indicazione della modifica del visus;
- Copia della fattura dell'ottico regolarmente intestata. La fattura dovrà indicare la tipologia di lente acquistata (monofocale, bifocale, progressiva, ecc.), la correzione del difetto visivo (Sfera, Asse, Cilindro e addizionali) e il dettaglio degli importi spesi per le lenti oftalmiche ed eventuali montature.
- Certificato di conformità delle lenti rilasciato dall'ottico (non richiesto per le lenti a contatto), come da D.Lgs. del 24/02/97 n.46. Sono rimborsabili le lenti graduate fotocromatiche (occhiali da sole graduati). Non sono rimborsabili le spese per l'acquisto di sole montature. Sono esclusi dal rimborso gli occhiali da sole e gli occhiali subacquei.

## **22 - TERAPIE ONCOLOGICHE, PARRUCCHE, PROTESI ORTOPEDICHE**

### **22.1 TERAPIE ONCOLOGICHE**

In caso di malattia oncologica sono coperte le spese relative a chemioterapia, radioterapia, cobaltoterapia effettuate ambulatorialmente, presso la rete di strutture convenzionate.

La prestazione è erogata in forma diretta senza anticipo di spesa da parte dell'Assistito, senza scoperti e franchigie.

Sono rimborsate anche le spese relative al vitto e al trasporto sostenute dell'accompagnatore dell'Assistito fino a 50€ al giorno.

Le prestazioni sono garantite fino a un massimale annuo di 6.000 € per anno e per persona.

#### **- DOCUMENTI RICHIESTI**

- copia della fattura intestata all'Assistito, con la data di pagamento, il soggetto erogatore della prestazione, la data di erogazione della terapia, il dettaglio della prestazione eseguita, l'importo.
- copia del referto o del verbale di ogni singolo accesso con indicata la data di erogazione, la tipologia di terapia e il motivo.
- per richiedere il rimborso delle spese sostenute per vitto e trasporto dell'accompagnatore è necessario inviare copia del documento di spesa relativo al vitto con indicato il luogo, la data e il dettaglio della consumazione, la copia dei documenti di viaggio e relativi documenti di spesa con indicazione della data e del tragitto da/a del viaggio.

### **22.2 PARRUCCA**

In caso di malattia oncologica sono coperte le spese relative all'acquisto di una parrucca.

Per ottenere il rimborso l'Assistito dovrà presentare la copia del certificato medico da cui risulti che l'Assistito è affetto da alopecia a seguito di chemioterapia e la copia della fattura attestante la spesa sostenuta.

La garanzia è erogata fino a un massimo di 250 €.

#### **- DOCUMENTI RICHIESTI**

- Copia del certificato medico da cui risulti che l'Assistito è affetto da alopecia a seguito di chemioterapia.
- Copia della fattura contenente il nominativo dell'Assistito, la data, il soggetto erogatore della prestazione, il dettaglio delle prestazioni sanitarie eseguite, l'importo.

### **22.3 PROTESI ORTOPEDICHE**

Si rimborsano le spese sostenute per l'acquisto di protesi ortopediche fino a un massimale di 1.200 € per anno e per persona. Le spese sono rimborsate con uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di 50 € per fattura/persona.

#### **- DOCUMENTI RICHIESTI**

- Copia della fattura o dello scontrino parlante contenente il nominativo dell'Assistito, la data, il soggetto erogatore della prestazione, il dettaglio delle prestazioni sanitarie eseguite, l'importo.
- Copia del certificato di conformità del dispositivo medico.
- Copia della prescrizione medica attestante la patologia che ha reso necessario l'utilizzo delle protesi.

## **23 - PRESTAZIONI ACCESSORIE**

Qualora l'assistito, ricoverato presso un centro ospedaliero a seguito di infortunio, malattia o gravidanza, debba essere necessariamente trasferito, d'intesa fra il medico curante ed i medici della Insieme Salute presso:

- Centri Ospedalieri idonei a garantirgli le cure specifiche del caso o
- Centri Ospedalieri più vicini alla sua abitazione o presso la sua abitazione, Insieme Salute organizzerà il trasferimento dell'assistito presso il centro individuato con il mezzo più idoneo:
- aereo sanitario appositamente equipaggiato;
- aereo di linea (anche barellato);
- ambulanza;
- treno.

Il trasferimento potrà avvenire con l'eventuale accompagnamento di personale medico e infermieristico. Insieme Salute terrà a proprio carico il costo del trasferimento del paziente, incluse le spese del medico e/o infermiere che accompagnino il paziente stesso.

Qualora l'assistito, a seguito di sinistro avvenuto all'estero, necessiti di medicinali regolarmente prescritti da un medico, introvabili sul posto e purché commercializzati in Italia, Insieme Salute provvederà a reperirli ed a inviarli con il mezzo più rapido e nel rispetto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali.

Insieme Salute terrà a suo carico le spese relative al reperimento ed alla spedizione dei medicinali, mentre il costo degli stessi resta a carico dell'assistito. In alternativa Insieme Salute potrà fornire il nominativo di un medicinale equivalente di fabbricazione locale.

Il Massimale sarà di € 1.000,00 annuo per trasporti da paesi europei e di € 4.000,00 annuo per trasporti da paesi extra-europei.

## **24 -SERVIZI DA CENTRALE TELEFONICA H24, 7 GIORNI SU 7**

L'Assistito può usufruire di una centrale telefonica, operativa 24 ore su 24, 7 gg la settimana, tutti i giorni dell'anno, che eroga le prestazioni di seguito specificate. **La Centrale Telefonica può essere contattata ai numeri indicati sulla Card Salute digitale**

### **24.1 Consulenza medica telefonica**

Qualora l'Assistito necessiti di una consulenza medica potrà contattare Insieme Salute che provvederà ad organizzare un consulto telefonico con i propri medici. Il servizio è gratuito e non fornisce diagnosi o prescrizioni. La prestazione è fornita 24 ore su 24, 7 gg la settimana. Insieme Salute non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 112 (ex 118) per le urgenze.

### **24.2 Invio di un medico in Italia**

Qualora a seguito di infortunio o malattia e successivamente ad una Consulenza medica, l'Assistito necessiti di un medico presso la propria residenza e non riesca a reperirlo, Insieme Salute, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a spese proprie, uno dei medici convenzionati. In caso di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, Insieme Salute organizzerà

il trasferimento in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino. La prestazione viene fornita dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o 24 ore su 24 nei giorni festivi, per un massimo di 3 volte per anno associativo.

#### **24.3 Invio di un pediatra in Italia**

Qualora a seguito di infortunio o malattia e successivamente ad una Consulenza medica, l'Assistito necessiti di un pediatra presso la sua residenza e non riesca a reperirlo, Insieme Salute, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a spese proprie, uno dei pediatri convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei pediatri convenzionati ad intervenire personalmente, Insieme Salute invierà un medico generico o organizzerà il trasferimento in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino. La prestazione viene fornita dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o 24 ore su 24 nei giorni festivi, per un massimo di 3 volte per anno associativo.

#### **24.4 Ambulanza per trasporto in ospedale in Italia, eccetto trasporto primario di urgenza**

Qualora l'Assistito a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in ambulanza per un ricovero, dal luogo in cui si trova in Italia fino ad un centro ospedaliero più vicino, Insieme Salute provvederà, su richiesta dell'Assistito, ad inviare l'ambulanza tenendo i costi a suo carico del percorso complessivo (andata/ritorno), per un massimo di 3 volte per anno associativo. Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

#### **24.5 Monitoraggio del ricovero ospedaliero**

A seguito di ricovero ospedaliero per infortunio e/o malattia e su richiesta dell'Assistito, i medici di Insieme Salute stabiliranno i necessari contatti con i medici curanti sul posto allo scopo di seguire l'evoluzione clinica della sua patologia, informando i familiari dell'evoluzione della stessa. La prestazione è fornita previa autorizzazione scritta dell'Assistito rilasciata al reparto di degenza, in conformità al Regolamento europeo 2016/679 (protezione dei dati) e alla relativa normativa interna di adeguamento.

#### **24.6 Consegna farmaci presso la residenza**

Qualora l'Assistito non autosufficiente, a seguito di infortunio o malattia, per le cure del caso, necessiti, secondo prescrizione medica, di specialità medicinali (sempre che commercializzate in Italia), Insieme Salute provvederà alla ricerca ed alla consegna dei farmaci presso la residenza. Restano a carico dell'Assistito i costi di acquisto dei medicinali. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno associativo.

#### **24.7 Ricerca infermiere in Italia**

Qualora a seguito di infortunio e/o malattia, l'Assistito, necessiti di essere assistito da personale specializzato (infermieristico o assistenziale), Insieme Salute provvederà alla loro ricerca. La disponibilità del personale specializzato è garantita 24 ore su 24 ed i relativi costi restano a carico dell'Assistito. La prestazione viene fornita con un preavviso di 24 ore.

#### **24.8 Servizio spesa a casa in Italia**

Qualora l'Assistito sia impossibilitato ad uscire autonomamente a seguito di infortunio immobilizzante, potrà richiedere a Insieme Salute, nelle prime due settimane di convalescenza, di effettuare la consegna presso la sua residenza di generi alimentari o di prima necessità, per un massimo di due buste per richiesta e di una volta a settimana. Rimangono a carico dell'Assistito i

costi relativi a quanto per suo conto acquistato. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte all'anno.

**24.9 Assistenza ai familiari assistiti**

Nel caso di ricovero ospedaliero o di Rientro Sanitario dell'Assistito e qualora gli altri Assistiti intendano rimanere sul posto per assisterlo, Insieme Salute terrà a proprio carico le spese di rientro presso la residenza o di pernottamento in loco e prima colazione per gli Assistiti, per una durata massima di due notti e fino a un importo massimo di € 210,00 (Iva Inclusa) per evento.

**24.10 Assistenza ai minori di anni 14**

Nel caso di ricovero ospedaliero o di Trasferimento Sanitario dell'Assistito, Insieme Salute incaricherà una persona di fiducia per assistere i minori di 14 anni rimasti soli durante il soggiorno o durante il rientro presso la residenza, per un massimo di 15 giorni e di 2 ore al giorno.

**24.11 Viaggio di un familiare**

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assistito a seguito di infortunio o malattia e qualora, in assenza di un proprio coniunto sul posto, richieda di essere raggiunto da un familiare, Insieme Salute provvederà ad organizzare il viaggio del familiare mettendo a disposizione di quest'ultimo un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (1° classe), se il viaggio supera le sei ore, in aereo (classe economica) tenendo a proprio carico i relativi costi. Sono escluse le spese di soggiorno (vitto e alloggio) del familiare e qualsiasi altra spesa al di fuori di quelle sopra indicate.

**24.12 Recapito messaggi urgenti**

Qualora l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, in caso di necessità sia oggettivamente impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a familiari residenti in Italia, Insieme Salute provvederà all'inoltro di tali messaggi.

**24.13 Rientro anticipato**

Qualora l'Assistito in viaggio debba ritornare anticipatamente alla propria residenza per l'avvenuto decesso di: coniuge, genitori, figli, fratelli e sorelle, suoceri, Insieme Salute provvederà ad organizzare il viaggio di rientro fino al luogo della residenza in Italia, mettendo a disposizione dell'Assistito un biglietto di viaggio in treno (1° classe) o, qualora il viaggio in treno superi le sei ore, in aereo (classe economica). Resta salva ed impregiudicata la facoltà di Insieme Salute di richiedere all'Assistito la documentazione comprovante l'evento che ha dato luogo alla prestazione.

**24.14 Informazioni sanitarie e farmaceutiche**

L'Assistito potrà richiedere a Insieme Salute:

- indirizzi di ospedali, cliniche, centri specializzati del capoluogo/regione di residenza dell'Assistito;
- indirizzi degli uffici competenti per l'espletamento di pratiche e richiesta di documenti;
- informazioni per l'assistenza sanitaria all'estero, paesi UE ed extra UE.

Potrà richiedere inoltre a Insieme Salute, per i medicinali commercializzati in Italia, informazioni su:

- loro composizione;
- equivalenze di prodotti farmaceutici in commercio;
- posologie consigliate dalle Case farmaceutiche;
- eventuali controindicazioni.

#### **24.15. Informazioni di medicina tropicale**

L'Assistito potrà richiedere a Insieme Salute informazioni relative al paese della fascia tropicale nel quale intende recarsi quali:

- vaccinazioni richieste;
- rischi sanitari;
- alimentazione e bevande;
- farmaci utili in viaggio;
- clima e temperature;
- servizi sanitari in loco.

**Le prestazioni di assistenza da centrale telefonica (con esclusione della consulenza medica telefonica e dei servizi Info center) sono fornite fino per un massimo di tre volte nel periodo di validità della copertura.**

La durata massima della copertura per ogni periodo di permanenza continuata all'estero nel corso dell'anno di validità della garanzia è di 60 giorni.

I seguenti servizi da centrale telefonica sono erogati anche all'estero:

1. Consulenza medica telefonica
2. Monitoraggio del ricovero ospedaliero
3. Assistenza ai familiari assistiti
4. Viaggio di un familiare
5. Recapito messaggi urgenti
6. Rientro anticipato
7. Informazioni sanitarie e farmaceutiche
8. Informazioni di medicina tropicale

### **25 - PRESTAZIONI PER NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA**

#### **25.1 Assistenza notturna e diurna ospedaliera**

L'assistito che per malattia e infortunio necessita di assistenza in ospedale o casa di cura italiana, ad esclusione dei reparti di lungodegenze, può ricevere, in forma diretta, prestazioni di sorveglianza o ausilio che non vengono erogati come prestazione assistenziale dal personale sanitario della struttura.

Assistenza diurna per un minimo di tre ore/gg consecutive. Assistenza notturna per un minimo di ore 8/gg consecutive. Limite massimo 120/H/anno, senza massimali. Le prestazioni sono erogate direttamente da personale qualificato e autorizzato da Insieme Salute su richiesta dell'assistito.

#### **25.2 Assistenza notturna e diurna post ricovero**

L'assistito che per malattia e infortunio necessita di assistenza domiciliare post ricovero può ricevere, in forma diretta, prestazioni di sorveglianza o ausilio da richiedersi entro 10 giorni dalle dimissioni.

Assistenza diurna per un minimo di tre ore/gg consecutive. Assistenza notturna per un minimo di ore 8/gg consecutive. Limite massimo 120/H/anno senza massimali.

Le prestazioni sono erogate direttamente da personale qualificato e autorizzato da Insieme Salute su richiesta dell'assistito.

#### **25.3 Servizio di orientamento e consulenza per il caregiver**

In caso di non autosufficienza propria o di un genitore over 60 (anche se non iscritto a Insieme Salute), l'Assistito può accedere a un servizio di orientamento e consulenza sui servizi utili messi a disposizione dagli enti pubblici e privati per far fronte alle esigenze connesse allo stato di non autosufficienza o di particolare fragilità dovuta all'età o allo stato di salute.

Attraverso un colloquio della durata di circa un'ora, un operatore specializzato raccoglierà le informazioni necessarie relative ai bisogni della persona non autosufficiente.

Una volta effettuato il colloquio l'Assistito riceverà un report scritto contenente le indicazioni utili per la gestione delle problematiche emerse, quali a titolo di esempio: necessità di attivare un'assistenza domiciliare ad ore, possibilità di rivolgersi a enti pubblici per ricevere servizi gratuiti o sussidi, possibilità di attivare percorsi riabilitativi, ecc.

Il report conterrà inoltre alcune segnalazioni di enti che l'Assistito potrà, a sua discrezione, contattare per attivare i diversi servizi necessari (RSA, centri riabilitativi, alberghi per soggiorni di sollievo, assistenti domiciliari, ecc).

Un colloquio di orientamento all'anno richiesto in caso di non autosufficienza di un Assistito over 60 è interamente a carico di Insieme Salute. In caso di richiesta per un familiare non iscritto, il colloquio resterà a carico dell'Assistito a una tariffa agevolata.

#### **25.4 Servizio "trova assistente domiciliare"**

In caso di bisogno per sé o per un familiare (anche non iscritto a Insieme Salute), l'Assistito potrà contattare Insieme Salute per la ricerca di personale qualificato nello svolgimento di servizi socio sanitari e assistenziali domiciliari. Insieme Salute, in relazione al tipo di richiesta, si occuperà di inviare al domicilio operatori socio sanitari (OSS) o operatori socio assistenziali (OSA) professionali.

Il servizio di reperimento è gratuito. Le prestazioni saranno erogate applicando le tariffe convenzionate con Insieme Salute e resteranno a carico dell'interessato.

### **26 - PROGRAMMI DI SUPPORTO ALLA FRAGILITÀ – TRATTAMENTI PSICOLOGICI**

Le seguenti prestazioni di sostegno psicologico sono erogate gratuitamente a ciascun assistito maggiorenne, senza massimali annui e in totale anonimato.

Non è necessaria la prescrizione medica.

Non è necessario richiedere alcuna pre-autorizzazione, né presa in carico, a Insieme Salute.

#### **26.1 Numero verde benessere - consulenze telefoniche psicologiche gratuite**

L'Assistito può contattare ogni volta che ne sente il bisogno il servizio di supporto psicologico telefonico gratuito e anonimo tramite numero verde attivo 24 ore su 24, 7 giorni su 7, tutto l'anno.

Il servizio di sostegno psicologico ha lo scopo di fornire all'Assistito, tramite la figura di uno psicologo qualificato, un supporto imparziale e confidenziale su un problema personale o professionale, nel momento in cui ne sente il bisogno.

Il sostegno psicologico per telefono è un ascolto professionale, incondizionato e neutrale finalizzato ad aumentare la capacità dell'Assistito di affrontare una determinata situazione di disagio dovuta, a titolo esemplificativo e non esaustivo, a:

- problematiche personali: lutto, malattia, infortunio, divorzio, conflitto interpersonale, ansia, dipendenze, difficoltà familiari, mancanza di una rete sociale di supporto, disturbi del comportamento alimentare, disturbi dell'apprendimento, post parto e maternità.
- problematiche lavorative legate: al contesto organizzativo (chiarezza dei ruoli, comunicazione interna, domande contradditorie), al controllo (incertezza del futuro, margine decisionale, conciliazione vita-lavoro), al riconoscimento (prospettiva di crescita, riconoscimento degli sforzi e dei

risultati raggiunti), alle relazioni (con i colleghi, con i superiori, o come rispetto, molestie e intimidazioni) o alle attività (carico mentale, disagi fisici o ambientali, mole di lavoro, obbligo di adattamento, senso e utilità del lavoro).

## **26.2 Sedute psicologiche in videoconsulenza gratuite**

Lo psicologo, in occasione della prima chiamata, accoglie la richiesta dell'Assistito, capisce le problematiche psicologiche sottese al problema riportato, indaga le aspettative del soggetto e gli esplicita il funzionamento del servizio. L'Assistito, se necessario, può proseguire le consulenze in videoconferenza.

Le prime consulenze sono orientate ad una approfondita analisi della domanda e del bisogno dell'Assistito che accede al servizio. In base alle necessità, vengono stabiliti e condivisi con l'Assistito dei percorsi di consulenza personalizzati. I percorsi sono finalizzati al raggiungimento di determinati obiettivi e di una maggiore percezione del livello di benessere riguardo la questione portata come problematica. I percorsi di consultazione terminano quando questi obiettivi vengono raggiunti, la durata complessiva dipende pertanto dalle esigenze della singola persona e viene definita dal professionista.

Le consulenze fornite sono coperte dal segreto professionale conformemente al codice deontologico degli psicologi. Ogni consulenza ha una durata non superiore a un'ora.

Alla prima chiamata, l'Assistito può scegliere uno pseudonimo che verrà richiesto ad ogni chiamata per garantire la continuità degli scambi con lo psicologo.

## **26.3 Come accedere alle consulenze telefoniche e alle sedute psicologiche in videoconferenza**

Per accedere al servizio seguire la seguente procedura:

- accedere alla piattaforma online di Insieme Salute dall'area riservata del sito [www.insiemesalute.org](http://www.insiemesalute.org).
- selezionare, dal menù "Servizi", "Servizi per la famiglia"- "Supporto psicologico". Nella pagina di presentazione viene descritto il servizio, riportato il Numero verde e le credenziali per accedere al portale dedicato;
- per utilizzare il servizio chiamare il numero verde dedicato o accedere al portale dedicato.

Inoltre, tramite portale dedicato l'assistito può:

- Prenotare i colloqui in video-conferenza

Gli Assistiti hanno la possibilità di prenotare e di effettuare colloqui in video-conferenza con uno psicologo a scelta. L'Assistito ha accesso a una breve descrizione del profilo dello psicologo (che comprende una fotografia, le specializzazioni e le disponibilità del medesimo) e può fissare un appuntamento con lo psicologo prescelto. Ogni colloquio in video-conferenza ha una durata non superiore a un'ora.

- Scambiare messaggi tramite chat

Gli Assistiti hanno la possibilità di scambiare messaggi in tempo reale con psicologi, di esporre le loro problematiche e di ottenere supporto e suggerimenti. La chat è attiva dal lunedì al venerdì, dalle ore 9:00 alle ore 19:00.

- Chiedere consulenze per iscritto modulo di contatto

Gli Assistiti hanno la possibilità, attraverso un modulo da compilare, di esporre una situazione, una problematica e di chiedere una consulenza per iscritto. Un professionista darà riscontro per iscritto entro 48 ore lavorative.

## **27 - PACCHETTO PEDIATRICO**

L'Assistito ha diritto alle seguenti prestazioni pediatriche in base all'età, una volta per anno e per persona, presso le strutture convenzionate.

**DA 0 A 3 MESI**

ECOGRAFIA DELL'ANCA NEONATALE

**DA 3 MESI A 2 ANNI**

VISITA OTORINOLARINGOATRICA CON TEST AUDIOMETRICO

**DA 2 A 4 ANNI SCREENING OCULISTICO**

VISITA OCULISTICA

TONOMETRIA

FUNDUS OCULI

**DA 2 A 4 ANNI****SCREENING CELIACHIA**

EMOCROMO COMPLETO CON FORMULA

ANTICORPI ANTI ENDOMISIO (EMA)

ANTICORPI ANTITRANSGLUTAMINASI

**DA 4 A 12 ANNI**

VISITA PEDODONTICA + 2 SIGILLATURE DEI SOLCHI

**DA 12 A 14 ANNI**

VISITA ENDOCRINOLOGICA

VISITA ORTOPEDICA

***Norme per ottenere le prestazioni***

La prestazione è erogata in forma diretta in rete una volta per anno e per persona, senza franchigie a carico dell'Assistito.

Oltre a quanto previsto sopra, contattando la centrale telefonica attiva h24, tutti i giorni dell'anno, è possibile richiedere l'invio gratuito di un pediatra in Italia:

qualora a seguito di infortunio o malattia e successivamente ad una Consulenza medica, l'Assistito necessiti di un pediatra presso la sua residenza e non riesca a reperirlo, Insieme Salute, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a spese proprie, uno dei pediatri convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei pediatri convenzionati ad intervenire personalmente, Insieme Salute invierà un medico generico o organizzerà il trasferimento in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino. La prestazione viene fornita dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o 24 ore su 24 nei giorni festivi, per un massimo di 3 volte per anno associativo.

**28 - COPERTURA COMPLEMENTARE (con costi a carico dell'Assistito)****28.1 Copertura per grandi interventi chirurgici privati**

La copertura complementare prevede il rimborso delle spese sostenute in caso di ricovero per grande intervento chirurgico previsto dall'Allegato 2 effettuato sia in rete che fuori rete.

**a) Ricoveri resi necessari in seguito a patologie insorte dopo la data di decorrenza della copertura**

Sono coperte le spese relative al ricovero (degenza, sala operatoria, medici, esami, farmaci, ecc.) fino a un massimale di 50.000 € per anno e per persona. Sono escluse dal rimborso le spese extra (telefono, bar, pernottamento e pasti ospiti, ecc.). La garanzia copre i ricoveri conseguenti a patologia insorta dopo la data di decorrenza della copertura.

**In rete:** rimborso al 100% nel limite del massimale previsto, in caso di ricovero in clinica convenzionata e usufruendo di medici convenzionati il rimborso sarà erogato con le modalità previste dalle singole convenzioni (diretta, indiretta).

**Fuori rete:** rimborso 100% entro il massimale previsto, con franchigia 30% a ricovero.

**b) Ricoveri resi necessari in seguito a patologie insorte prima della data di decorrenza della copertura**

In caso di ricoveri per grande intervento chirurgico privato, resi necessari per patologia insorta prima della data di adesione, sarà erogato un rimborso forfettario di 50 € al giorno fino a 90 giorni per anno.

**Modalità di accesso alle prestazioni di cui ai punti a) e b)**

Ogni ricovero a pagamento deve essere preventivamente autorizzato per iscritto da Insieme Salute. L'autorizzazione prevede la presentazione da parte dell'assistito di una proposta di ricovero, redatta dal medico curante o dallo specialista, nella quale vengono esposte le motivazioni del ricovero con i dati clinici e le notizie anamnestiche di rilievo: è inoltre richiesta la documentazione relativa ai ricoveri precedenti, agli esami e alle terapie precedentemente eseguite.

Il ricovero d'urgenza in strutture a pagamento (senza preventiva richiesta di autorizzazione) è giustificato dalla comparsa di un quadro clinico acuto che, per la sua entità o il possibile insorgere di gravi e imminenti complicazioni, renda inadeguata l'assistenza a domicilio. Il ricovero d'urgenza deve essere notificato a Insieme Salute entro tre giorni dal suo verificarsi.

Al termine di ogni ricovero l'assistito è tenuto a produrre la seguente documentazione:

- cartella clinica (se in lingua non italiana con relativa traduzione) completa di anamnesi prossima e remota e diario clinico;
- ogni fattura di spesa e ogni notula medica rimasta effettivamente a carico dell'assistito.

**28.2 Copertura in caso di non autosufficienza permanente.**

La copertura complementare prevede le seguenti prestazioni in caso di sopravvenuto stato di non autosufficienza permanente.

Per stato di non autosufficienza si intende l'incapacità fisica, totale e presumibilmente permanente di svolgere anche con l'aiuto di speciali apparecchiature e senza l'assistenza di una terza persona le seguenti attività ordinarie di vita quotidiana:

- a. lavarsi (farsi il bagno o la doccia)
- b. vestirsi e svestirsi
- c. usare i servizi igienici

- d. mobilità: capacità di muoversi da una stanza all'altra all'interno della residenza abituale
- e. essere continenti
- f. nutrirsi: capacità di consumare cibo, bere e mangiare

Lo stato di non autosufficienza è riconosciuto da Insieme Salute quando sia riscontrata l'incapacità di compiere almeno 4 delle attività ordinarie della vita sopra elencate, o sia riconosciuto un punteggio uguale o superiore a 40 come definito dall'apposita tabella ([Allegato A](#)) al presente regolamento.

**a) Prestazioni in caso di non autosufficienza determinata da patologia insorta dopo l'attivazione**

In caso di sopraggiunto stato di non autosufficienza determinato da patologia insorta dopo la data di decorrenza della copertura, è erogato il rimborso o la fornitura in forma diretta di servizi fino a un massimale di € 500/mese/persona per massimo 3 anni.

Le prestazioni indennizzabili e/o i servizi erogabili sono i seguenti:

- a. assistenza alla persona;
- b. assistenza infermieristica;
- c. trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- d. acquisto o noleggio di ausili, presidi e tutori;
- e. aiuto personale allo svolgimento delle attività quotidiane;
- f. aiuto domestico familiare;
- g. retta per la degenza in strutture residenziali o semi residenziali per persone non autosufficienti;
- h. rimborso delle spese per opere di adattamento dell'appartamento (eliminazione barriere architettoniche, adeguamento impianti, domotica, ecc.).
- i. servizi di tele-assistenza.

L'assistenza è erogata in forma diretta o rimborsuale. Per ottenere l'indennizzo delle spese sostenute l'assistito dovrà presentare a Insieme Salute i relativi documenti di spesa corredati da prescrizione medica (quest'ultima da produrre una tantum in caso di spese ricorrenti). I giustificativi di spesa dovranno essere costituiti da documenti fiscalmente validi, quietanzati e datati nel mese di riferimento.

Per ottenere il rimborso i documenti di spesa non dovranno risalire ad una data superiore ai 90 giorni antecedenti al momento della richiesta.

Nel caso di servizi forniti da personale assunto per l'assistenza alla persona non autosufficiente, il Socio dovrà produrre copia del contratto di lavoro e, ogni mese, copia della busta paga e del relativo documento di pagamento.

Le prestazioni previste al punto h dovranno essere preventivamente autorizzate da Insieme Salute. Le stesse potranno essere rimborsate secondo le modalità previste dal presente regolamento, fino ad un massimo di 12 mensilità. Nel caso in cui le fatture dovessero superare l'importo massimo previsto mensilmente, il rimborso potrà essere comunque dilazionato su più mesi.

**b) Prestazioni in caso di non autosufficienza determinata da patologia insorta prima dell'attivazione**

In caso di sopraggiunto stato di non autosufficienza determinato da patologia insorta prima della data di decorrenza della copertura, è riconosciuto un sussidio una tantum di € 150 a persona erogato in seguito all'accertamento da parte di Insieme Salute dello stato di non autosufficienza come sopra definito.

### **28.3 Contributo aggiuntivo a carico dell'assistito**

L'Assistito che attiva la copertura complementare dovrà versare direttamente a Insieme Salute un contributo aggiuntivo di € 486 per anno e per persona.

L'adesione alla copertura complementare dovrà avvenire esclusivamente all'avvio del servizio o nei casi di attivazione della copertura sanitaria integrativa in corso d'anno previsti dal Capitolato (es. assunzione/ rientro in servizio). L'attivazione è vincolante e non modificabile per tutta la durata contrattuale.

## **29 - ESCLUSIONI DALLE COPERTURE MUTUALISTICHE**

Premesso che la validità della copertura prescinde dalle condizioni fisiche degli Assistiti, la copertura mutualistica non è operante per:

- a) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, se di carattere estetico;
- b) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- c) la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici (salvo non siano esplicitamente previste in polizza);
- d) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- e) i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- f) gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- g) i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assistito che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- h) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- i) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assistito;
- j) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- k) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- l) le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale, fatte salve le prestazioni espressamente previste dal presente Capitolato;
- m) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope.

## **30 - DOCUMENTI E ASSISTENZA FISCALE**

Ogni anno, in tempo per la dichiarazione dei redditi, Insieme Salute mette a disposizione degli Assistiti i seguenti documenti:

- **attestazione del versamento dei contributi** (per le adesioni volontarie): il documento riporta l'ammontare delle quote versate per ciascun aderente e il rigo e numero dove gli importi vanno inseriti nei principali modelli per la dichiarazione dei redditi;

- **riepilogo dei rimborsi effettuati nell'anno:** per ciascun Assistito il documento riporta la data della prestazione effettuata, la tipologia di prestazione, l'ammontare della spesa sostenuta, l'ammontare del rimborso erogato da Insieme Salute e l'eventuale ammontare della parte di rimborso rimasta a carico dell'Assistito;
- **risposte alle domande frequenti.**

### **31 - TUTELA DEI DATI PERSONALI**

Tutte le informazioni e i documenti richiesti all'associato sulla base del presente regolamento sono tutelati a norma del D.lgs. n. 196/03 recante il Codice in materia di protezione dei dati personali e del GDPR dell'Unione Europea n. 679/2016.

*Allegati:*

1. *Elenco prestazioni di alta diagnostica;*
  2. *Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici;*
- A) *Tabella dei punteggi per l'accertamento dello stato di non autosufficienza.*