



REGOLAMENTO CONVENZIONE 1

CONVENZIONE 1



SCHEDA RIASSUNTIVA

RICOVERI IN CLINICA PRIVATA	<ul style="list-style-type: none">- INTERVENTI CHIRURGICI (tutti): rimborso di tutte le spese secondo tariffario SMP* (max. € 52.000,00 per anno e per persona)- PARTO FISILOGICO rimborso max. € 2.000,00 In altri casi secondo tariffario*- CURE MEDICHE senza intervento chirurgico € 250,00 al giorno (max. € 3.500,00 per ricovero)- CURE MEDICHE CHEMIOTERAPIA € 155,00 al giorno. + 80% costo dei medicinali- TERAPIE RIABILITATIVE € 129,00 al giorno. (max 15 gg.)- TRAPIANTI D'ORGANO max. € 129.500,00- ESTERO PER ALTA CHIRURGIA rimborso spese viaggio (max. € 2000)
RICOVERI IN OSPEDALE PUBBLICO	<ul style="list-style-type: none">- ITALIA € 26,00 al gg.- ESTERO € 52,00 al gg.- ESTERO PER ALTA CHIRURGIA € 104,00 al giorno.+ spese viaggio (max. € 2000)- CAMERA A PAGAMENTO € 180,76 al giorno.
VISITE, ESAMI, E INDAGINI DIAGNOSTICHE IN STRUTTURE PRIVATE	<ul style="list-style-type: none">- VISITE SPECIALISTICHE: rimborso secondo tariffario SMP*- ESAMI DI LABORATORIO E INDAGINI DIAGNOSTICHE: secondo tariffario SMP*- PRESTAZIONI AMBULATORIALI: secondo tariffario SMP*- FISIOTERAPIA: 50% della spesa (max. € 150,00 all'anno)
VISITE, ESAMI, E INDAGINI DIAGNOSTICHE IN STRUTTURE PUBBLICHE	100% DELLA SPESA (NO: cure termali; cure odontoiatriche; psicoterapia; vaccini)
ODONTOIATRICA	TERAPIE: fino a € 1.500,00 (ragazzi max. 16 anni e anomalie di 2° e 3° classe) IMPLANTOLOGIA: protesi fissa con impianto endosseo (solo eventi traumatici) max. € 10.300,00
SERVIZIO IN FAMIGLIA	TARIFE AGEVOLATE con Ente convenzionato per ricerca e selezione badante fissa o per sostituzione.
CARD SALUTE	SCONTI in strutture sanitarie e esercizi commerciali convenzionati

ISCRIZIONE

- **ETA' MASSIMA D'ISCRIZIONE:**
69 ANNI

- **FASCIA D'ETA': 11 - 55 ANNI**
385€ ANNUI A PERSONA

- **FASCIA D'ETA': OVER 55**
485€ ANNUI A PERSONA

- **FASCIA D'ETA': 0 - 10 ANNI**
255€ ANNUI A PERSONA

ASSISTENZE CHE SI POSSONO AGGIUNGERE:

€ 90 annui a persona. Rimborso forfetario da € 120 a € 3000 da aggiungere a tutti gli altri rimborsi in base alla classe di intervento

INTEGRATIVA
INTERVENTI CHIRURGICI

€ 54 annui a persona. Accesso alla rete convenzionata con tariffario calmierato
Prima visita gratuita con formulazione piano cure e stesura di un preventivo.
Ablazione annuale del tartaro gratuita.

ASSISTENZA
ODONTOIATRICA

Pagamento di diarie di ricovero aggiuntive in base alla categoria \ 1° CATEG. Costo € 35 annui a persona -- sussidio di € 15,5 al giorno
2° CATEG. Costo € 68 annui a persona -- sussidio di € 31 al giorno \ 3° CATEG. Costo € 110 annui a persona -- sussidio di € 46,5 al giorno
4° CATEG. Costo € 132 annui a persona -- sussidio di € 62 al giorno \ 5° CATEG. Costo € 165 annui a persona -- sussidio di € 77,5 al giorno

INTEGRATIVE DIARIE
DI RICOVERO

* www.mutuapiemonte.it/associarsi/tariffario-rimborsi.html

SMP

Via Cravero, 44 - 10064 PINEROLO (TO) - Tel. 0121/795191
E-mail: info@mutuapiemonte.it - cod. fisc: 94534670016 - REA: TO-1182127



Società Mutua Piemonte ETS
Società di Mutuo Soccorso
Fondata a Pinerolo

REGOLAMENTO

Proposta 1

(Revisione del 03/04/2023)

via Cravero, 44 - 10064 PINEROLO (TO)
tel. 0121/795191 - cell. 333/1714132
sito: www.mutuapiemonte.it - e-mail: info@mutuapiemonte.it
cod. fisc.: 94534670016 - REA: TO-1182126

REGOLAMENTO GENERALE

ART. 1

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

ART. 2 PRESTAZIONI

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

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

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

ART. 3 ADESIONI - VARIAZIONI - NEONATI

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

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

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

ART. 4

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

ART. 5 ESCLUSIONI

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

Sono, inoltre, escluse:

- le malattie nervose e/o mentali;
- le malattie congenite;
- le malattie e/o gli infortuni provocati da fatti colposi di terzi;
- le conseguenze derivanti da abuso di alcolici o di psicofarmaci, da uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni.

Sono pure escluse le prestazioni:

- per cure estetiche;
- per malattie e/o infortuni derivanti da risse ed ubriachezza, da maneggio di armi o, in genere, da manifesta imprudenza;
- per malattie e/o infortuni causati da competizioni sportive agonistiche o pratica anche a livello amatoriale di sport pericolosi (pugilato, atletica pesante, sport aerei, sport subacquei, alpinismo, uso di guidoslitte, salto dal trampolino con sci o idrosci, rafting, e similari);
- tutte le prestazioni, sia sanitarie sia economiche, eseguite a scopo preventivo, con particolare riguardo ai check-up.

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

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

ART. 6 QUOTE ASSOCIATIVE E TASSA DI AMMISSIONE

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

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

ART. 7

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ART. 8 RAPPORTI CON STRUTTURE ORGANIZZATIVE ESTERNE

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

ART. 9 TUTELA DEI DATI PERSONALI

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

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

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

ART. 10 ASSISTENZE

Tutte le assistenze prevedono la possibilità di accedere ai centri medici convenzionati con la tessera sociale.

Il Socio potrà usufruire di sconti in centri medici convenzionati per visite mediche, indagini diagnostiche ecc. in base agli accordi della Federazione Italiana Mutualità Integrativa (FIMIV) e del Consorzio Mu.Sa.

Il Socio ha, inoltre, diritto a sconti presso alcuni negozi convenzionati.

L'elenco aggiornato è visionabile sul nostro sito internet: **www.mutuapiemonte.it**.

NORMA FINALE

Il presente Regolamento è stato aggiornato in seguito alla delibera del Consiglio di Amministrazione del 27/11/2020.

REGOLAMENTO PROPOSTA 1

L'assistenza di cui alla lettera b) dell'art. 2 del Regolamento generale, prevede indennità o rimborsi per ricoveri in strutture pubbliche e cliniche private e il rimborso delle spese sostenute per visite specialistiche, prestazioni ambulatoriali, esami di laboratorio e altre indagini diagnostiche. Sono assistibili anche i ricoveri in regime di day-hospital come previsto dall'art. 5 del Regolamento generale. È valida in Italia e all'estero.

Iscrizioni

L'iscrizione a questa forma di assistenza è consentita fino a 69 anni compiuti. La quota associativa varia secondo l'età.

Decorrenza

Le prestazioni decorrono dalle ore 24 del giorno d'iscrizione in caso di infortunio, dopo 30 giorni in caso di malattia, 300 in caso di parto e 90 giorni per il rimborso delle spese sostenute per visite specialistiche, prestazioni ambulatoriali, esami di laboratorio e altre indagini diagnostiche.

Assistibilità per i ricoveri

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

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

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

PRESTAZIONI

INTERVENTI CHIRURGICI

Ricoveri in clinica privata

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

Equipe medica: rimborso secondo il tariffario SMP.

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

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

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

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

Ricoveri per parto

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

Ricoveri in camera a pagamento di ospedali pubblici

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

Ricoveri in ospedali pubblici

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

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

TERAPIE RIABILITATIVE

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

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

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

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

Trapianti d'Organo

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

Ricoveri all'estero

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

TERAPIE ODONTOIATRICHE

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

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

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

Implantologia (solo in caso di evento traumatico):

impianti endossei massimo € 10.300,00

Norme per ottenere le prestazioni

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

Documentazione

Relazione medica e fattura comprovante la spesa sostenuta.

NORME PER OTTENERE LE PRESTAZIONI INERENTI I RICOVERI

Autorizzazione

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

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

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

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

Ricoveri per cure mediche

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

I presupposti possono essere:

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

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

Fanno eccezione le seguenti eventualità:

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

Documentazione

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

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

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

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

Rimborsi

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

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

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

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

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

Assistenza di enti pubblici

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

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

PRESTAZIONI DI RIMBORSO PER SPESE PER VISITE SPECIALISTICHE, PRESTAZIONI AMBULATORIALI, ESAMI DI LABORATORIO E ALTRE INDAGINI DIAGNOSTICHE

- **Esami di laboratorio ed indagini diagnostiche:** rimborso secondo tariffario SMP.
- **Visite specialistiche:** rimborso delle visite specialistiche ambulatoriali nella misura prevista dal tariffario SMP (da € 55,00 a € 75,00 a secondo del tipo di visita).
- **Altre prestazioni ambulatoriali:** per piccole prestazioni ambulatoriali (piccola chirurgia, medicazioni e prestazioni specialistiche in genere effettuate dal medico) rimborsi secondo tariffario SMP.
- **Prestazioni di fisioterapia:** (fisiocinesiterapia, ultrasuoni, marconiterapia, elettrostimolazioni, radar, forni, massoterapia, tens, rebox, manipolazioni, laser, e altre prestazioni analoghe) contributo del 50% della spesa sostenuta con un tetto massimo di € 150,00 all'anno.
- **Ticket:** rimborso al 100% di ogni ticket pagato alle ASL per prestazioni specialistiche ambulatoriali. Sono esclusi i rimborsi dei ticket relativi alle seguenti prestazioni:
 - cure termali;
 - cure e prestazioni odontoiatriche;
 - visite psichiatriche;
 - prestazioni di psicoterapia individuale e/o di gruppo;
 - vaccini.

Esclusioni

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

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

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

Documentazione per il rimborso

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

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

SERVIZIO IN FAMIGLIA

Ricerca e selezione

Il servizio prevede:

- Analisi approfondita del bisogno della famiglia;
- Sopralluogo, concordato con la famiglia, degli operatori presso l'abitazione dell'assistito;
- Individuazione, tramite ricerche mirate, delle candidature idonee (a solo titolo di esempio, assistenti familiari, collaboratrici domestiche, operatori socio sanitari, educatori);
- Inserimento dei candidati in un'accurata procedura di selezione che consiste nella valutazione delle competenze, conoscenze, esperienze (referenze) e abilità;
- Per i cittadini stranieri, esecuzione di tutte le verifiche che confermino la loro regolare presenza in Italia.
- Individuazione di una rosa di candidati (da 1 a 3 per ogni profilo ricercato) che viene presentata alla famiglia che valuterà quale candidato inserire.

Il servizio pone particolare attenzione alla famiglia ma anche alle esigenze dei lavoratori in un'ottica di supporto a entrambe le parti.

Il servizio si propone anche per la sostituzione temporanea dei lavoratori in ferie o malattia.

CARD SALUTE

Tesserino personalizzato che consente di ottenere sconti sulle prestazioni nelle strutture convenzionate su tutto il territorio nazionale

ALLEGATO 1 ASSISTENZE INTEGRATIVE

REGOLAMENTO SOLUZIONE C

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

Iscrizione

L'iscrizione a questa forma di assistenza è consentita fino a 69 anni compiuti.
Questa assistenza deve essere necessariamente abbinata ad una delle precedenti proposte.

Decorrenza

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

Assistibilità

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

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

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

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

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

Terapie riabilitative

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

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

Prestazioni

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

Norme per ottenere le prestazioni di rimborso

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

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



REGOLAMENTO INDENNITÀ PER INTERVENTI CHIRURGICI

Iscrizione

Questa assistenza deve essere necessariamente abbinata ad una delle precedenti proposte.

Prestazioni

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

Fasce di classificazione:

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

Norme per ottenere le prestazioni di rimborso

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

REGOLAMENTO ASSISTENZA ODONTOIATRICA

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

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

Iscrizioni

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

Decorrenza

Le prestazioni decorrono dopo 30 giorni dall'iscrizione.

Prestazioni

Prima visita gratuita: formulazione di un piano di cure e stesura di un preventivo (il preventivo viene controllato e controfirmato dalla Società Mutua Piemonte, che garantisce siano state applicate le tariffe concordate). Il pagamento delle terapie viene effettuato direttamente dai pazienti.

Ablazione del tartaro annuale gratuita: tale prestazione viene eseguita in forma diretta presso una struttura convenzionata; la fattura viene inviata direttamente a Società Mutua Piemonte.

Esclusioni

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

Norme per accedere alla rete odontoiatrica convenzionata

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



Società Mutua Piemonte ETS
Società di Mutuo Soccorso
Fondata a Pinerolo

Società Mutua Piemonte
Via Cravero, 44 – Pinerolo
telefono 0121/795191 – sito: www.mutuapiemonte.it
- Segreteria Soci e pratiche rimborso: rimborsi@mutuapiemonte.it
tel. 334/8543529
- Ufficio amministrativo e segreteria assistenza:
amministrazione@mutuapiemonte.it tel. 333/1714132
- Ufficio commerciale e progetti: ufficio@mutuapiemonte.it
tel. 334/8543501