
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO PER I SOCI LAVORATORI GULLIVER

Istruzioni e modalità di erogazione rimborsi Aggiornato al 1/1/2021

SMA è una Società di Mutua Assistenza, costituita a Modena nel 1948, che:

- Garantisce in modo solidale la tutela della salute dei propri lavoratori nell'ambito della sanità integrativa,
- Non persegue scopo di lucro,
- Ha esclusivamente finalità assistenziale di carattere sanitario,
- Fornisce risposte economiche alle domande di tutela della salute e prevenzione della malattia,
- Opera nel sociale - non profit perseguendo criteri di efficacia ed efficienza.

Le gestioni delle coperture sanitarie integrative, proposte da SMA, garantiscono la piena applicazione dei principi mutualistici:

- Assenza di fini lucrativi,
- Principio dell'adesione libera e volontaria,
- Nessuna discriminazione delle persone assistite e garanzia di assistenza per tutta la vita (le Società di Mutuo Soccorso non esercitano mai il diritto di recesso unilaterale),

La SMA favorisce in modo solidaristico le attività di assistenza sanitaria integrativa, **tramite l'erogazione agli iscritti di indennità economiche, integrative a quelle previste dalla vigente legislazione in materia sanitaria nonché rimborsi per spese mediche.**

Gulliver, attraverso il contratto stipulato con SMA, vuole offrire maggiori opportunità ai propri **soci lavoratori che, a titolo gratuito**, scelgono di aderire al Fondo:

- ✓ prevenzione e tutela della salute;
- ✓ accesso agevolato a servizi socio-sanitari

Il rilascio della attestazione di Socio SMA offre inoltre la possibilità di accedere alla rete di strutture sanitarie convenzionate con SMA in provincia di Modena e fruire, conseguentemente, di tariffe agevolate presso le stesse.

Sul sito www.smamodena.it è consultabile l'elenco dei Centri sanitari convenzionati.

E' possibile inoltre accedere anche alle strutture sanitarie convenzionate con SMA, MUSA e FIMIV presenti sull'intero territorio nazionale, i cui elenchi sono visionabili rispettivamente sul sito www.smamodena.it

I soci Gulliver che aderiscono al Fondo, possono iscrivere, alle stesse condizioni ma a proprie spese, **uno o più familiari conviventi. L'iscrizione dei familiari è vincolata per 5 anni**, a meno di cessazione del rapporto di lavoro del socio Gulliver.

Per i **soci che cessano il rapporto di lavoro per pensionamento**, vi è la possibilità di continuare a essere iscritti a SMA, con spesa di iscrizione a loro carico, e usufruire di questo piano sanitario. La quota di iscrizione può essere dedotta dal reddito personale e l'iscrizione è vincolata **per tre anni**.

Di seguito si riportano le condizioni e le istruzioni operative da seguire per ottenere i rimborsi previsti dal Fondo Integrativo Sanitario stipulato con SMA per i soci lavoratori Gulliver e ciò con decorrenza dal 1 gennaio 2021 a seguito del rinnovo del piano sanitario.

NORME GENERALI

Tutti i rimborsi sono erogati in forma indiretta: il socio dovrà sostenere direttamente le spese e successivamente inoltrare la documentazione prevista alla SMA per ottenere il rimborso.

Per tutte le prestazioni occorre la **prescrizione, con data antecedente l'effettuazione della prestazione, del Medico di Medicina Generale/Specialista contenente il QUESITO DIAGNOSTICO o la PATOLOGIA, tranne che per l'odontoiatria.**

I soci che si iscrivono entro il 30 giugno 2020 avranno diritto ad una delle prestazioni gratuite inserite nel presente piano.

Il socio può iscriversi anche in corso d'anno ed i relativi rimborsi saranno conseguentemente riproporzionati.

Si precisa che sono rimborsate nelle modalità di seguito riportate SOLO le prestazioni codificate nei nomenclatori allegati al presente documento.

La S.M.A. si riserva la facoltà di richiedere ogni altra documentazione clinica utile per procedere al rimborso.

PREVENZIONE

PRESTAZIONE GRATUITA PER L'ANNO 2021

La diagnosi precoce delle malattie è una forma di prevenzione efficace e il monitoraggio costante della propria salute risulta essere la migliore maniera di preservare e promuovere la salute.

Per queste ragioni S.M.A. provvede al riconoscimento di **1 (una) prestazione gratuita all'anno tra quelle di seguito riportate.**

Tale prestazione è riconosciuta ai soci Gulliver regolarmente iscritti a S.M.A. alla data del **1/1/2021** e ai soci che si iscriveranno entro e non oltre il **30 giugno 2021**.

La prestazione effettuata a titolo gratuito concorre al numero di prestazioni annuali previste per le visite specialistiche e per l'odontoiatria.

Deve essere richiesta entro il 1° dicembre ed effettuata entro e non oltre il 31 dicembre di ogni anno.

Le prestazioni sotto riportate possono essere effettuate esclusivamente presso:

- ✓ **MODENA - POLIAMBULATORIO GULLIVER** – tel. 059 820104
- ✓ **TORINO - POLIAMBULATORI DEL GRUPPO LARC** - C.so Venezia 10 – C.so Duca degli Abruzzi, 56 – Via Sempione, 148 – tel. 011 2484067
- ✓ **OSPEDALE DI SUZZARA** in regime di libera professione – Ufficio Prenotazioni da cellulare 0376/523041 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.30 alle 13.00; da telefono fisso 800 123 521 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.30 alle 13.00 – Via General Cantore, 14/b
- ✓ **BOLOGNA - POLIAMBULATORIO VILLA ERBOSA** - Via dell'Arcoveggio, 50/2 – tel. 051 6315000

Rientrano in tale copertura:

1. VISITA CARDIOLOGICA + ELETTROCARDIOGRAMMA
2. VISITA SENOLOGICA + ECOGRAFIA MAMMARIA BILATERALE
3. VISITA GINECOLOGICA
4. VISITA UROLOGICA
5. VISITA OCULISTICA

Per ottenere la prestazione gratuita occorre seguire questa semplice procedura:

- Effettuare l'accesso nella propria posizione in SMACONTE, allegare la prescrizione del Medico di Base o Specialista che dovrà contenere la richiesta della prestazione e il quesito diagnostico o la patologia anche presunta o le diciture controllo, accertamenti, check up;
- Inviare a SMA la richiesta indicando uno dei centri sotto indicati e attendere l'autorizzazione;
- Dopo aver ricevuto l'autorizzazione, contattare il centro scelto e prendere l'appuntamento;
- Effettuare la prestazione

6. ABLAZIONE DEL TARTARO

Per l'attivazione della prestazione gratuita dell'ablazione del tartaro non occorre presentare a SMA alcuna prescrizione medica:

1. effettuare l'accesso nella propria posizione in SMACONTE
2. inviare a S.M.A. la richiesta e attendere l'autorizzazione;
3. dopo aver ricevuto l'autorizzazione, contattare il centro scelto e prendere appuntamento;
4. effettuare la prestazione

Prestazione da effettuarsi esclusivamente presso:

- ✓ **MODENA - POLIAMBULATORIO GULLIVER**, via G. Galilei, 116/A - tel. 059 820104
- ✓ **TORINO - ODONTOLARC S.r.l.**, via Cervino, 60 e in Via Mombarcaro, 80
- ✓ **VIADANA - STUDIO GOZZI P.**, via Rocca, 50 – tel. 0375 780944
- ✓ **BOLOGNA – CENTRI DENTISTICI PRIMO**, via Pepoli, 84 – tel. 051 082 8893
- ✓ **RIVOLI (TO) - MEDIDENTAL OASIMEDICA**, Corso Francia, 14/C

SMA provvederà a comunicare alla struttura sanitaria interessata con periodicità settimanale - ogni venerdì per le richieste pervenute la settimana precedente - il nominativo del socio e l'indicazione della prestazione richiesta.

1 - VISITE SPECIALISTICHE - sanità pubblica e sanità privata

Per l'attivazione della tutela è necessaria la **prescrizione medica** contenente il **quesito diagnostico** o la **patologia** che ha reso necessaria la prestazione stessa. Non sono ritenute valide diciture generiche come ad esempio controllo o accertamento o riportanti la semplice sintomatologia.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) regolarmente quietanzati debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Sanità privata: al socio, nel solo caso in cui effettui presso il **Poliambulatorio privato Gulliver di Modena e nei Centri convenzionati SMA/FIMIV/MU.SA.** le visite specialistiche previste nel nomenclatore, viene riconosciuto un sussidio pari a **€ 40,00 (euro quaranta/00)**.

Sanità pubblica: al socio, nel solo caso in cui effettui **presso il Servizio Sanitario Nazionale** le visite specialistiche comprese nel nomenclatore viene riconosciuto un sussidio pari al **80%** del ticket pagato. In questo caso, visto che l'impegnativa del medico di base viene ritirata all'atto della prenotazione, dovrà essere inviata, insieme al ticket da rimborsare, **la fotocopia dell'impegnativa stessa.**

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

Fermo restando il limite annuale di 2 visite per specializzazione, il valore di rimborso annuo per il complesso delle prestazioni sopraindicate è pari a € 700,00 (euro settecento/00) annui.

Nel caso in cui la visita specialistica comprenda anche una prestazione diagnostica ad essa collegata e sia effettuata contestualmente alla stessa, il titolo del rimborso sarà unico e contemplato nell'ambito del sussidio per visita specialistica.

NOTA BENE: La prestazione effettuata a titolo gratuito concorre al numero delle prestazioni annuali

ALLEGATO A - NOMENCLATORE PRESTAZIONI PER VISITE SPECIALISTICHE – SANITA' PRIVATA E PUBBLICA –
Per l'attivazione del rimborso è necessario inviare a S.M.A. la PRESCRIZIONE MEDICA , contenente IL QUESITO DIAGNOSTICO o la PATOLOGIA rilasciata dal proprio Medico di Medicina Generale o dallo Specialista la cui specializzazione sia attinente alla prescrizione, e il DOCUMENTO DI SPESA PAGATO (fattura e ticket) ENTRO 30 GG dal pagamento.
Se le prestazioni verranno effettuate in:
- SANITA' PRIVATA il rimborso è di €40 per ogni visita
- SANITA' PUBBLICA viene riconosciuto un rimborso dell' 80% del ticket pagato
Massimale rimborsabile €700 annui
ALLERGOLOGIA
ANGIOLOGIA
CARDIOLOGIA
CHIRURGIA GENERALE
DERMATOLOGIA
DIETOLOGIA
ENDOCRINOLOGIA
FISIATRIA
GASTROENTEROLOGIA
GINECOLOGIA
NEUROLOGIA
OCULISTICA
ORTOPEDIA
OTORINOLARINGOIATRIA
PNEUMOLOGIA
PODOLOGIA
PSICHIATRIA
PSICOLOGIA
REUMATOLOGIA
RIEDUCAZIONE UROGINECOLOGICA
UROLOGIA
ALTRE VISITE: chirurgica per obesità, chirurgia vascolare, diabetologica

2 - ALTA SPECIALIZZAZIONE (DIAGNOSTICA STRUMENTALE) – sanità pubblica e sanità privata

Per l'attivazione della tutela è necessaria la **prescrizione medica** contenente il **quesito diagnostico** o la **patologia** che ha reso necessaria la prestazione stessa. Non sono ritenute valide diciture generiche come ad esempio controllo o accertamento o riportanti la semplice sintomatologia.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) regolarmente quietanzati debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Sanità privata: al socio, nel solo caso in cui effettui presso il **Poliambulatorio privato Gulliver di Modena e nei Centri convenzionati SMA** – consorzio MU.SA. e F.I.M.I.V. (consulta il sito www.smamodena.it) le prestazioni previste nel nomenclatore viene riconosciuto un sussidio pari al **100%** con l'applicazione di una franchigia di **€ 35,00 (euro trentacinque/00)**. **Massimo rimborsabile €200 annui**.

Sanità pubblica: al socio, nel solo caso in cui effettui presso il **Servizio Sanitario Nazionale** le prestazioni comprese nel nomenclatore, viene riconosciuto un rimborso del ticket pagato pari al **80%**. In questo caso, visto che l'impegnativa del medico di base viene ritirata all'atto della prenotazione, dovrà essere inviata, insieme al ticket da rimborsare, la **fotocopia dell'impegnativa stessa**. **Massimo rimborsabile €3.000 annui**.

<p>ALLEGATO B - NOMENCLATORE PRESTAZIONI SEZIONE DIAGNOSTICA STRUMENTALE – SANITA' PRIVATA E PUBBLICA – Per l'attivazione del rimborso è necessario inviare a S.M.A. la PRESCRIZIONE MEDICA, contenente IL QUESITO DIAGNOSTICO o la PATOLOGIA rilasciata dal proprio Medico di Medicina Generale o dallo Specialista a cui specializzazione sia attinente alla prescrizione, e il DOCUMENTO DI SPESA PAGATO (fattura e ticket) ENTRO 30 GG dal pagamento. Se le prestazioni verranno effettuate in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SANITA' PRIVATA viene applicata una franchigia di €35, il resto viene rimborsato completamente per un massimale di €200 a fattura - SANITA' PUBBLICA viene riconosciuto un rimborso dell'80% del ticket pagato. <p style="text-align: right;">Massimale rimborsabile €3.000 annui</p>
ALLERGOLOGIA: prick test inalanti/alimenti 1 / 2, patch sidapa
ANGIOLOGIA: ecodoppler, ecocolordoppler TSA/AI, sclerosanti
CARDIOLOGIA: ecografia cardiaca TSA, TSA+AI, holter, monitoraggio pressione 24h, prova da sforzo massimale e cicloergometro, elettrocardiogramma
ECOGRAFIA: esame ecografico polidistrettuale
ENDOCRINOLOGIA: ecografia endocrinologica/androgica, mineralometria ossea computerizzata (moc)
GASTROENTEROLOGIA: eco addome completo, superiore/inferiore
GINECOLOGIA: colposcopia, colposcopia con biopsia, ecografia perineale, ecografia transvaginale, applicazione I.U.D., pap test
OCULISTICA: valutazione fondo occhio, pachimetria
OTORINOLARINGOIATRIA: tampone faringeo
PNEUMOLOGIA: prick test
SEZIONE RADIOLOGIA CONVENZIONALE (SENZA CONTRASTO)
- Rx mammografia e/o bilaterale
- Rx di organo/apparato
- Rx colonna vertebrale
SEZIONE RADIOLOGIA CONVENZIONALE (CON CONTRASTO)
- Angiografia - Artrografia - Broncografia - Cisternografia - Cistografia - Clisma opaco e/a doppio contrasto - Colangiografia percutanea
- Colangiopancreatografia retrograda - Colecistografia - Colonscopia (con asportazione di polipo con un massimo di 8mm di diametro) - Colpografia
- Dacriocistografia - Defecografia - Discografia - Esami radiologici apparato circolatorio - Elettromiografia - Fistelografia - Flebografia - Fluorangiografia
- Galattografia - Gastrosopia - Linfografia - Mielografia - Pneumoencefalografia - Retinografia - Rx esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
- Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto - Splenoportografia - Uroflussometria - Ureterosopia - Vescicolodeferentografia
- Mineralogia Osseo Computerizzata
SEZIONE TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)
- Tac di organi ed apparato con e senza mezzo di contrasto
SEZIONE RISONANZA MAGNETICA (RM)
- RMN con e senza mezzo di contrasto
SEZIONE PET
- Tomografia ad emissione di positroni per organo - distretto - apparato
- Scintigrafia (medicina nucleare in vivo) per qualunque organo/apparato
SEZIONE DIAGNOSTICA STRUMENTALE
- Elettroencefalogramma
- Monitoraggio continuo ospedaliero (24 ore) della pressione arteriosa

3 - AREA ODONTOIATRICA

**PRESTAZIONI DA EFFETTUARSI ESCLUSIVAMENTE PRESSO TUTTI I CENTRI CONVENZIONATI SMA/FIMIV/CONSORZIO MU.SA.
NON È NECESSARIA LA PRESCRIZIONE DEL MEDICO**

3.1 – Cure odontoiatriche a seguito infortunio

Al socio, nel solo caso in cui sostenga spese odontoiatriche a seguito di infortunio sul lavoro e extra-lavoro, è riconosciuto un sussidio fino a un massimo di **€1.000,00 (euro mille/00)** per infortunio e per anno civile.

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

Il sussidio viene concesso previa presentazione di documentazione medica di struttura pubblica, attestante l'infortunio e la perdita e/o lesioni di elementi dentari (**REFERITO DI PRONTO SOCCORSO**).

Documenti da inviare tramite il Portale SMACONTE e modalità di richiesta dei sussidi.

- È necessario trasmettere prima dell'inizio delle cure il **preventivo**. Il mancato l'invio del preventivo comporta la decadenza del diritto al sussidio.
- Per ottenere il sussidio è necessario produrre al termine entro 30 giorni dall'emissione della fattura, la **documentazione fiscale quietanzata da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite e dei denti su cui si è intervenuto**.
- Il sussidio per la medesima prestazione non può essere riconosciuto per lo stesso dente per non più di **una volta ogni 5 anni** (dalla data dell'ultima fatturazione).
- Nell'ipotesi di **rigetto**, non è ammesso nuovamente il sussidio per lo stesso dente.
- Non è previsto il rimborso per la riparazione di protesi.
- SMA si riserva la facoltà di far sottoporre a visita odontoiatrica il richiedente il sussidio o di richiedere ulteriore documentazione, per verificare la corretta ed effettiva esecuzione delle prestazioni eseguite ed esposte nelle fatture presentate.

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

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

3.2 – Cure odontoiatriche di prevenzione (DETARTRASI)

Al socio, nel solo caso in cui effettui prestazioni odontoiatriche di Igiene orale (Detartrasi - Ablazione tartaro) viene riconosciuto un sussidio pari a **€40,00**.

Il sussidio viene corrisposto una sola volta nell'anno civile.

La prestazione effettuata a titolo gratuito concorre al numero della prestazione annuale

3.3 – Implantologia odontoiatrica

Per l'applicazione di **impianti** osteo-integrati con relative corone fisse, comprese eventuali prestazioni radiografiche ad esse esclusivamente collegate, viene riconosciuto un sussidio pari al **60% del documento fiscale** per le sole spese sostenute che rientrano nel nomenclatore che segue:

- impianto osteo - integrato per posizionamento di abutment - come unica prestazione
- piccolo rialzo del seno mascellare per ogni impianto
- aumento cresta ossea
- corona (elemento che integra l'impianto di qualsiasi tipo/lega)
- perno moncone (elemento che integra l'impianto di qualsiasi tipo/lega)

Documenti da inviare esclusivamente attraverso la propria posizione sul portale SMACONTE per ottenere il rimborso per implantologia/protesi fisse:

1. Prima di iniziare i trattamenti, inviare a SMA il **preventivo**, comprese le eventuali radiografie. **Il mancato invio del preventivo comporta la decadenza del diritto al sussidio.**
2. **Al termine del trattamento**, e comunque **entro 30 gg dal pagamento**, inviare la **fattura pagata** da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite e dei denti su cui si è intervenuto.
3. In caso di **pagamento dilazionato** della spesa relativa alla odontoiatria, il rimborso sarà effettuato a presentazione della **fattura finale** di saldo riportante gli importi corrisposti in acconto.

Si precisa che:

- Il sussidio per la medesima prestazione non può essere riconosciuto per lo stesso dente per non più di una volta ogni 5 anni dalla data dell'ultima fatturazione;
- nell'ipotesi di rigetto, non è ammesso nuovamente il sussidio per lo stesso dente;
- non è previsto il rimborso per la riparazione di protesi.

S.M.A. si riserva la facoltà di far sottoporre a visita odontoiatrica il richiedente il sussidio o di richiedere ulteriore documentazione, per verificare la corretta ed effettiva esecuzione delle prestazioni eseguite ed esposte nelle fatture presentate.

Non sono rimborsate prestazioni che non siano strettamente riconducibili a quelle codificate ed elencate nel nomenclatore sopra riportato.

3.4 – Altre cure odontoiatriche

Nella percentuale di rimborso del **60% del documento fiscale** sono comprese anche **altre cure odontoiatriche** ovvero **OTTURAZIONI** di qualsiasi classe, **ESTRAZIONI** semplici o complesse, **DEVITALIZZAZIONI** e **RICOSTRUZIONI** nella misura massima di **6 prestazioni annue in complessivo**.

Nella definizione di altre cure odontoiatriche e nella stessa percentuale di rimborso rientrano anche l'applicazione di **corone, scheletrati e manufatti VALPLAST**.

I Documenti sono da inviare esclusivamente attraverso il portale SMACONTE e occorre seguire questa procedura:

1. Prima di iniziare i trattamenti, inviare a SMA il **preventivo**, comprese le eventuali radiografie.
Il mancato invio del preventivo comporta la decadenza del diritto al sussidio
2. Nel caso di **CORONE, SCHELETRATI E VALPLAST** il sussidio per la medesima prestazione non può essere riconosciuto per lo stesso dente per non più di una volta ogni 5 anni dalla data dell'ultima fatturazione
3. **Al termine del trattamento**, e comunque **entro 30 gg dal pagamento**, inviare la **fattura pagata** da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite e dei denti su cui si è intervenuto
4. In caso di **pagamento dilazionato** della spesa relativa alla odontoiatria, il rimborso sarà effettuato a presentazione della **fattura finale** di saldo riportante gli importi corrisposti in acconto.

S.M.A. si riserva la facoltà di far sottoporre a visita odontoiatrica il richiedente il sussidio, o di richiedere ulteriore documentazione, per verificare la corretta ed effettiva esecuzione delle prestazioni eseguite ed esposte nelle fatture presentate.

3.5 Prestazioni radiografiche

Nella percentuale di rimborso del **60% del documento fiscale** di cui sopra sono comprese le seguenti prestazioni radiografiche: **PANORAMICA, TAC DENTALE, RX DENTALE** a seguito di implantologia o di altre cure odontoiatriche e **devono essere indicate nel preventivo**.

3.6 - Terapia ortodontica con apparecchiature fisse

Le terapie ortodontiche effettuate esclusivamente con **apparecchi fissi** sono rimborsabili per un massimo di due anni (anche non consecutivi e indipendentemente dal numero di arcate sottoposte a trattamento) sempre che perduri il rapporto associativo con SMA. Nel caso di interruzione dell'iscrizione o che questa si instauri in corso d'anno, il rimborso sarà proporzionato.

La condizione per ottenere il rimborso è che il socio richiedente, alla data di invio del preventivo, abbia maturato una pregressa iscrizione a SMA di almeno sei mesi.

L'accesso alla prestazione deve essere documentato da certificazione medica, rilasciata dal medico odontoiatra/ortodontista, in cui è **dichiarata la necessità della prestazione al fine di ristabilire la corretta funzione masticatoria della bocca. Non è rimborsabile la prestazione finalizzata a fattore estetico.**

L'importo massimo rimborsabile è pari al **30%** del costo sostenuto per un massimale di **€350,00 per trattamento ortodontico**, anche se non si completa nell'anno. **Questo rimborso concorre al massimale previsto per l'odontoiatria.**

Non sono rimborsabili:

- l'esame diagnostico ortodontico preliminare
- la contenzione ortodontica per l'arcata
- le viti o miniviti per ortodonzia dell'apparecchio ortodontico
- il set up diagnostico ortodontico
- le visite di controllo durante tutto il periodo

Documenti da allegare attraverso il portale SMACONTE:

- **Il preventivo e la documentazione medica** che attesti la necessità del trattamento al fine di ristabilire la corretta funzione masticatoria della bocca. **Nel caso intervenissero variazioni nel corso del trattamento dovrà necessariamente essere inviato l'aggiornamento del piano di cura.** Il mancato invio comporta la perdita del diritto a percepire l'intero rimborso;
- **La fattura da cui si rilevi il dettaglio delle prestazioni e il numero di arcate su cui si è articolato il trattamento ortodontici**

La SMA si riserva di richiedere ogni altra documentazione clinica utile per procedere al rimborso.

Il rimborso per Area odontoiatrica viene corrisposto fino a un massimo nell'anno di **€1.5000,00** (euro millecinquecento/00) **dal punto 3.3 al punto 3.6.**

Tale massimale deve intendersi applicabile e non cumulabile alle complessive prestazioni odontoiatriche effettuate (preventivo) anche se non si completino nell'arco di un solo anno.

In caso di pagamento dilazionato della spesa relativa all'odontoiatria, il rimborso sarà effettuato a presentazione della fattura finale di saldo riportante gli importi corrisposti in acconto.

4. FISIOTERAPIA - CICLI DI TERAPIE A SEGUITO DI INFORTUNIO O MALATTIA

PRESTAZIONI DA EFFETTAURSI ESCLUSIVAMENTE PRESSO I CENTRI CONVENZIONATI SMA/FIMIV/CONSORZIO MU.SA.

Al socio, nel solo caso in cui necessiti di cicli di cure riabilitative a seguito di

- **infortunio sul lavoro e extra-lavoro**
- **malattia temporaneamente invalidante**

è riconosciuto un sussidio esclusivamente per le prestazioni contenute nell'elenco che segue, con un minimo non indennizzabile di **€40,00 (euro quaranta/00)** per ogni ciclo di terapia:

Ciclo Rieducazione Articolare Post Operatoria
Infrarossi
Ionoforesi
Ipertermia
Isocinetica Terapia
Isocinetica Test
Laserterapia
Magnetoterapia
Massoterapia
T.E.N.S.
Ultrasuono Terapia
Tecarterapia
Terapia interx
Idrokinesiterapia
Rieducazione funzionale
Rieducazione posturale globale
Mobilizzazione articolare
Pompages

I cicli di terapie devono essere effettuati entro **90 giorni dall'infortunio o dal termine della malattia invalidante.**

Il sussidio viene corrisposto fino a un massimo di **€400,00 (euro quattrocento/00)** nell'anno civile.

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

Il sussidio è riconosciuto per prestazioni effettuate **esclusivamente a fini riabilitativi** e che siano regolarmente prescritti dal **Medico di Medicina Generale** o dallo **specialista** la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e che attestino la **temporanea inabilità alla prestazione lavorativa** ovvero abbiano determinato una **assenza dal lavoro pari ad almeno 10 giorni lavorativi.**

Le prestazioni dovranno essere effettuate da personale abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa e deve essere avvenuto successivamente alla data di iscrizione alla Mutua.

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

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

✓ Il rimborso per riabilitazione a seguito di **INFORTUNIO** è concesso solo previa **presentazione del certificato medico di pronto soccorso** che attesti l'infortunio e che sia avvenuto successivamente l'iscrizione a S.M.A.

✓ Il rimborso per riabilitazione a seguito di **MALATTIA** è concesso solo con la **presentazione di certificazione medica che attesti la patologia**, la necessità del ricorso a prestazioni riabilitative e dal quale si rilevi una **prognosi invalidante con assenza dal lavoro di almeno 10 giorni lavorativi.**

In caso di pagamento dilazionato della spesa relativa alla fisioterapia, il rimborso sarà effettuato a presentazione della fattura finale di saldo riportante gli importi corrisposti in acconto.

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

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

5 - ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA

PRESTAZIONI DA RICHIEDERE ESCLUSIVAMENTE PRESSO I CENTRI CONVENZIONATI SMA/FIMIV/MU.SA.

Al socio, nel solo caso in cui sia colpito da **malattie invalidanti temporanee o permanenti** e necessiti di assistenza **riabilitativa e fisioterapica** a domicilio spetta un sussidio pari al **50% delle spese sostenute fino ad un massimo di €1.000,00 (mille/00)** nell'anno civile.

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

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

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

In caso di pagamento dilazionato della spesa relativa alla fisioterapia a domicilio, il rimborso sarà effettuato a presentazione della fattura finale di saldo riportante gli importi corrisposti in acconto.

6 - ESAMI CLINICI DI LABORATORIO (SANGUE/URINE/FECI)

Nel caso in cui il socio effettui **ESAMI DI LABORATORIO** presso il **Servizio Sanitario Nazionale**, nonché presso i centri accreditati al SSN, viene riconosciuto un sussidio pari al:

- **50% del ticket pagato fino ad un importo massimo rimborsabile di €100,00 annui in complessivo.**

Tale sussidio è riconosciuto anche per le prestazioni effettuate in regime privato presso il Poliambulatorio Gulliver di Modena e nei centri convenzionati SMA, FIMIV, MU.SA.

Per ottenere il rimborso occorre inviare sul portale SMACONTE:

- copia del **ticket**, o **fattura del poliambulatorio privato**, pagata
- copia della **prescrizione medica** che attesti la **diagnosi accertata o presunta** per cui vengono richiesti gli esami.

Saranno esclusivamente sussidiate le prestazioni eseguite in stretta correlazione al quesito diagnostico riportato nella prescrizione

NB: nel caso la prestazione venga effettuata attraverso il SSN, ricordarsi di fare copia della prescrizione per poterla poi inserire sul portale.

7 – RIMBORSO PER ACQUISTO LENTI DA VISTA

S.M.A. erogherà un rimborso a fronte dell'acquisto delle sole lenti correttive di disturbi della vista effettuato **esclusivamente presso gli OTTICI convenzionati con SMA/FIMIV/MU.SA.**

Il rimborso forfettario è pari a **€50,00** (eurocinquanta/00) ed è corrisposto **una sola volta per triennio.**

Il computo del triennio è determinato nei 1.095 giorni decorrenti dal giorno successivo all'acquisto.

È escluso dal rimborso l'acquisto di lenti a contatto ed è riconosciuto a chi si iscrive entro il 30 giugno di ogni anno.

Per accedere al sussidio è necessaria:

- la **prescrizione medica** rilasciata esclusivamente dal medico specialista oculista che abbia accertato la patologia in essere e **dichiari la variazione del visus intervenuto**
- copia della **documentazione** fiscale (fattura e/o scontrino) dalla quale si evinca l'acquisto effettuato e che riporti l'imputazione delle singole voci di acquisto: lenti, montatura, accessori
- nel caso di **primo** acquisto di lenti non è necessaria l'indicazione della modifica del visus, ma solo la prescrizione del medico oculista, che rimane comunque necessaria, deve **indicare che precedentemente alla visita l'assistito non era portatore di occhiali** con lenti da vista o lenti a contatto.

8 - AREA SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA'

- **Procreazione medicalmente assistita (PMA)**

Per i casi di accertata infertilità sono rimborsate al **50% le spese per ticket** per le **procedure di inseminazione/o fecondazione assistita** esclusivamente effettuate in regime ambulatoriale Day Hospital per un **massimale rimborsabile di €100** per evento e per nucleo familiare. Sono rimborsabili esclusivamente le seguenti prestazioni:

- Trasferimento embrione
- Inseminazione intrauterina omologa
- Monitoraggio ecografico di ciclo ovulatorio

Per accedere al rimborso occorre **inviare a SMA entro 30 gg la certificazione** di accertata infertilità, la **prescrizione** relativa alle prestazioni eseguite (rilasciata dal MMG o dallo specialista), la **certificazione** che attesti che si sta accedendo all'iter di PMA, i **ticket pagati**.

Non sono rimborsabili: l'acquisto di qualsiasi medicinale o farmaco, le prestazioni preliminari mirate all'accertamento dello stato di infertilità, gli esami clinici di laboratorio. Il mancato invio anche di parte della documentazione richiesta comporta la decadenza del diritto al rimborso.

- **Gravidanza**

Viene riconosciuto il rimborso del **50% del costo** dei ticket sostenuti all'interno il SSN esclusivamente per le **analisi clinico e gli accertamenti diagnostici di ecografia** effettuati durante il periodo di gravidanza per un massimale rimborsabile di **€100 all'anno.**

Inviare a SMA entro 30gg i **ticket pagati, prescrizione** medica in cui risulti l'accertato stato di gravidanza. Il mancato invio anche di parte della documentazione richiesta comporta la decadenza del diritto al rimborso.

- **Maternità e Paternità**

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

Il sussidio viene riconosciuto fino a un massimo di **€250,00** per anno solare, ovvero nei 365 giorni successivi alla data del parto.

La condizione per l'erogazione del sussidio è che il socio richiedente, alla data del parto, abbia maturato una pregressa **iscrizione nel piano sanitario di S.M.A.** di almeno **un anno** solare pari a 365 giorni.

Le richieste di rimborso dovranno essere inviate **entro 30 gg dalla data del pagamento** e accompagnate da tutta la **documentazione medico-sanitaria** che attesti la necessità di accedere a tali acquisti nonché dalle **fatture e/o scontrini fiscali quietanzati** da cui si evinca il corrispondente bene acquistato.

Nel caso in cui **entrambi i genitori siano iscritti a SMA come soci Gulliver**, il rimborso viene riconosciuto a **un solo genitore.**

Unitamente alla prima richiesta dovrà essere allegato il **certificato di nascita** del figlio/a o altro documento equipollente.

In caso di **parto gemellare** il rimborso è riconosciuto per un solo nato.

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

9 - INDENNITA' PER RICOVERO OSPEDALIERO

In caso di ricovero in struttura pubblica o in un centro convenzionato con il SSN viene riconosciuto un **rimborso giornaliero di € 10,00**. La degenza dovrà essere di **almeno 10 notti continuative** e il **rimborso è riconosciuto a partire dal sesto giorno e sino al decimo**, computando il primo e l'ultimo giorno di ricovero come un solo giorno. **Per accedere al rimborso occorre essere iscritti a SMA da almeno sei mesi.**

Entro 30 gg dalla dimissione inviare a SMA la **lettera di dimissione** contenente la data di ingresso, quella di dimissione e la motivazione del ricovero.

10 - PRONTO SOCCORSO

Nel caso in cui l'assistito accedesse al Pronto Soccorso ed a seguito del quale fossero contestualmente effettuate **le sole prestazioni** sanitarie quali **visite specialistiche, esami clinici di laboratorio e prestazioni diagnostiche strumentali**, il relativo ticket pagato sarà riconosciuto al **50% con un massimale annuo di 100**

I conseguenti valori rimborsati ed il numero delle prestazioni eseguite conseguiranno al raggiungimento dei limiti ei ai massimali indicati nelle corrispondenti voci di prestazione.

Per accedere al rimborso il socio dovrà inviare attraverso il portale SMACONTE entro 30 giorni dalla data di accesso al P. S., **copia del REFERTO DI P.S.** medesimo che attesti l'evento occorso, la specifica delle prestazioni eseguite e copia del TICKET quietanzato relativo alle prestazioni eseguite.

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

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

NORME GENERALI

I rimborsi delle spese sostenute sono per quelle riconosciute esclusivamente dalla medicina ufficiale.

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

MODALITÀ PER LA RICHIESTA DI EROGAZIONE DEL RIMBORSO

La documentazione necessaria per accedere al rimborso per tutte le prestazioni contenute nel presente manuale (La PRESCRIZIONE MEDICA, contenente il QUESITO DIAGNOSTICO o la PATOLOGIA, e la FATTURA O il TICKET PAGATO) dovrà pervenire tassativamente a SMA entro 30 giorni di calendario dall'emissione del documento fiscale relativo alla prestazione eseguita, ESCLUSIVAMENTE attraverso l'Area riservata nel portale SMACONTE.

Le credenziali di accesso provvisorie sono indicate sotto.

Per ulteriori informazioni potete contattare **l'ufficio soci Gulliver allo 059/2589548.**

Non si procederà ad effettuare rimborsi per le prestazioni sanitarie per le quali la documentazione sia stata presentata oltre i 30 giorni di calendario dall'emissione del documento fiscale relativo alla prestazione eseguita o che risulti incompleta.

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

I rimborsi verranno erogati all'iscritto entro 45 giorni di calendario dalla presentazione di tutta la documentazione richiesta, direttamente sul conto corrente indicato nella domanda di iscrizione.

L'iscritto dovrà procedere a modificare autonomamente sul portale SMACONTE eventuali modifiche dei propri dati anagrafici, del codice IBAN e dell'indirizzo email.

PORTALE SMACONTE

A decorrere dal 1° gennaio 2019, tutta la documentazione relativa all'adesione a SMA nonché la documentazione relativa ai rimborsi erogati nell'anno precedente, sarà esclusivamente disponibile e scaricabile dall'area personale del portale medesimo. Per poter quindi avere la disponibilità di tale documentazione, sarà necessario procedere all'iscrizione.

Procedura di prima iscrizione

Dalla pagina del browser Internet, sulla riga indirizzo digitare <https://conte.smamodena.it> e accedere alla home page.

In alternativa accedere al sito www.smamodena.it e cliccare sulla barra in alto a destra su **SMACONTE**.

Digitare il proprio **codice fiscale** nell'apposita casella ed inserire la **password provvisoria** che viene ad oggi definita in Password12345!

Per proseguire nell'iscrizione si dovrà aggiornare la password provvisoria di entrata con un'altra personale che dovrà avere le seguenti caratteristiche:

- **Lunghezza minima 8 caratteri**
- **Almeno 1 carattere maiuscolo**
- **Almeno un simbolo (ad esempio \$!%&*)**
- **Nessun spazio tra i caratteri**

Per completare l'accesso si dovrà prendere visione dell'informativa sulla Privacy e fornire il consenso al trattamento dei dati.

Questo è il presupposto incondizionato per poter proseguire nell'utilizzazione del portale.

Cosa permette di fare:

- **Aggiornare** i propri dati anagrafici e le informazioni di residenza, dei recapiti di contatto (telefono, cellulare, e-mail) e del codice Iban su cui ricevere i rimborsi
- **Procedere alla richiesta di rimborso** delle spese mediche sostenute (compilando l'apposito format di richiesta ed allegando i necessari documenti)
- **Inviare i preventivi** relativi alle prestazioni odontoiatriche per poi procedere alla richiesta di rimborso allegando il relativo documento di spesa
- **Inviare la richiesta di prestazione gratuita e relativa prescrizione medica**
- **Consultare lo stato di avanzamento** della richiesta di rimborso inoltrata, quando questo è stato liquidato, per quale importo e verificare la motivazione circa eventuali rimborsi non riconosciuti
- Consultare e scaricare **documenti personali**: attestazione di iscrizione annuale a SMA, documento riepilogativo dei rimborsi ottenuti da allegare al 730

ACCESSO ALLE STRUTTURE CONVENZIONATE

L'adesione a SMA offre la possibilità di accedere alla rete nazionale di strutture sanitarie convenzionate con SMA, CONSORZIO MUSA e FIMIV e fruire di tariffe scontate.

L'elenco dei centri convenzionati è visionabile sul sito www.smamodena.it accedendo all'area Centri convenzionati e selezionando il relativo link di collegamento che offre la possibilità di scegliere tra le diverse opzioni:

- CENTRI SMA (www.smamodena.it)
- CENTRI MUSA (www.consorziomusa.it)
- CENTRI FIMIV (www.fimiv.it)

Per usufruire di tali agevolazioni è necessario esibire l'attestazione di iscrizione valida per l'anno in corso che è resa disponibile sull'area riservata personale.