



Assistenza Sanitaria Integrativa

**PIANO
SANITARIO 2022**

DIPENDENTI GULLIVER



PORTALE SMA CON TE



A decorrere dal 1° gennaio 2019, tutta la documentazione conseguente alla adesione a SMA sarà esclusivamente disponibile e scaricabile dalla area personale del portale medesimo.

Per poter quindi avere la disponibilità di tale documentazione, sarà necessario procedere all'iscrizione se ad oggi non già effettuata.

L'accesso al Portale SMA CON TE è possibile dalla fine del mese successivo la compilazione della domanda di adesione al Fondo sanitario integrativo aziendale.

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 SMA CON TE.

Per proseguire nell'accesso necessita digitare il proprio codice fiscale nell'apposita casella ed inserire la password provvisoria che viene ad oggi definita per il primo accesso 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 poi proseguire nell'utilizzazione del portale.

COSA PERMETTE DI FARE IL PORTALE

- Scaricare il documento attestante l'adesione a SMA da esibire ai Centri sanitari convenzionati per usufruire degli sconti convenuti
- 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) e inviare i preventivi relativi alle prestazioni odontoiatriche per poi procedere alla richiesta di rimborso allegando il relativo documento di spesa.
- 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.
- Scaricare tutta la documentazione relativa ai rimborsi erogati nell'anno precedente. Consultare il Regolamento.

ACCESSO ALLE STRUTTURE CONVENZIONATE

L'elenco dei centri convenzionati è visionabile sul portale SMA CON TE e sul sito di SMA Modena 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
- CENTRI MUSA
- CENTRI FIMIV

TUTTO TRAMITE IL

PORTALE SMA CON TE!

RICHIEDI E VERIFICA IL TUO RIMBORSO - ACCEDI ALLA PREVENZIONE GRATUITA



conte.smamodena.it



SINTESI PIANO

- **Un benefit personale e pagato** dalla Cooperativa.
Per te rimborsi **fino a 6.525€**
- **Rimborsi Semplici e Veloci** con il Portale SMACONTE
- **90 GIORNI** per richiedere il tuo rimborso

Esempio:

Prestazione a maggio > Richiesta rimborso entro agosto.

Prestazione a novembre > Richiesta rimborso entro il 31 dicembre.

VISITE

SPECIALISTICHE

MASSIMALE ANNUO

400 €

Servizio Sanitario Nazionale
RIMBORSO 80%
sul TICKET

Centri Convenzionati
RIMBORSO 40€
sul COSTO

INDENNITÀ

GIORNALIERA DI RICOVERO

MASSIMALE ANNUO

50 €

PRONTO SOCCORSO

MASSIMALE ANNUO

100 €

Visite, Esami, Diagnostica
RIMBORSO 50%
sul TICKET

Centri Convenzionati
RIMBORSO 100%
35€ Franchigia

Massimo 150€ per richiesta

Servizio Sanitario Nazionale
RIMBORSO 80%
sul TICKET

DIAGNOSTICA

STRUMENTALE

MASSIMALE ANNUO

3.000 €

Servizio Sanitario Nazionale
RIMBORSO 50%
sul TICKET

Centri Convenzionati
RIMBORSO 85€
per 3 CICLI

RIABILITAZIONE

CICLI DI TERAPIE

MASSIMALE ANNUO

255 €

ESAMI

Sangue - Urine - Feci

MASSIMALE ANNUO

100 €

Servizio Sanitario Nazionale
RIMBORSO 50%
sul TICKET

Centri Convenzionati
RIMBORSO 50%
sul COSTO

RIMBORSO 50%

ASSISTENZA DOMICILIARE

MASSIMALE ANNUO

1.000 €

AREA

SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ

MASSIMALE ANNUO

350 €

Gravidanza
RIMBORSO
100€

+

Maternità
Paternità
RIMBORSO
250€

AREA

ODONTOIATRICA

Centri convenzionati
SMA/MUSA/FIMIV

MASSIMALE ANNUO

1.270 €

*Per dettagli consultare la sezione AREA ODONTOIATRICA.

Odontoiatria
RIMBORSO
240€

60€x4 prestazioni

Cure
Odontoiatriche
RIMBORSO
1.000€

a seguito
INFORTUNIO

Ablazione
del Tartaro
RIMBORSO*

+ 1 prestazione
GRATUITA



VISITE

SPECIALISTICHE

MASSIMALE ANNUO

400 €

Servizio
Sanitario Nazionale
**RIMBORSO
80%**
sul TICKET

Centri
Convenzionati
**RIMBORSO
40€**
sul COSTO

MASSIMALE ANNUO: 400€

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: RIMBORSO 80% SUL TICKET

CENTRI CONVENZIONATI: RIMBORSO 40€ SUL COSTO

VISITA



- **Come?** Procurati l'impegnativa del medico di base o di uno specialista.
- **Dove?** **Privatamente** nei centri SMA/MUSA/FIMIV e **Servizio Sanitario Nazionale**.
- **Per?** Visite, Diagnostica, Esami, Riabilitazione, Assistenza Domiciliare, Odontoiatria, Gravidanza e Allattamento, Indennità Giornaliera di Ricovero e Pronto Soccorso.

DOCUMENTI



- **Documenti da conservare:**
- **Ricevuta** del centro privato convenzionato SMA MUSA FIMIV.
- **Ticket** del Servizio Sanitario Nazionale.
- **Impegnativa** del Medico di base o di uno specialista. Necessario il quesito diagnostico.

RIMBORSO



- **Come? ENTRO 90 GIORNI*** **Accedi al Portale Sma con Te**, dalla prestazione medica e comunque entro la fine dell'anno. Invia impegnativa e ricevuta di pagamento.
- **Quando? Entro 45 giorni**, dall'invio della tua richiesta, riceverai il rimborso sul tuo conto corrente.

* Tempistiche richiesta rimborso:

non più di 90 giorni dalla prestazione effettuata e comunque entro la fine dell'anno.

Esempio:

Prestazione a maggio > Richiesta rimborso entro agosto.

Prestazione a novembre > Richiesta rimborso entro il 31 dicembre.

N.B. LA PRESCRIZIONE MEDICA:

- deve avere una data precedente alla data in cui effettivamente si svolge la visita
- deve contenere il **quesito diagnostico** o la eventuale **patologia** anche presunta che ha reso necessario il ricorso alla prestazione e ciò anche al fine di prevenire o curare patologie conseguenti a malattia o ad infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche/ortodontiche.

Non sono quindi ritenute valide diciture generiche contenenti indicazioni quali controllo e/o astenia e/o accertamenti e/o check - up e/o riportanti la semplice sintomatologia di dolore o sinonimo anche associata ad un distretto generico (dolore alla spalla dolore all'addome, dolore pelvico ecc.)

Alla prescrizione deve essere allegata la documentazione di avvenuto pagamento (fattura e/o ricevuta e/o Ticket) riportante l'indicazione della specialità del medico. La prescrizione medica e il documento relativo al pagamento devono indicare la stessa patologia, cioè devono coincidere.

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

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

ELENCO PRESTAZIONI PER VISITE SPECIALISTICHE

ALLERGOLOGIA
ANGIOLOGIA
CARDIOLOGIA
CHIRURGIA GENERALE
DERMATOLOGIA
DIETOLOGIA
ENDOCRINOLOGIA
FISIATRIA
GASTROENTEROLOGIA
GINECOLOGIA
LOGOPEDIA
NEUROLOGIA
OCULISTICA
ORTOPEDIA
OTORINO
PNEUMOLOGIA
PODOLOGIA
PROCTOLOGIA
PSICHIATRIA
PSICOLOGIA
REUMATOLOGIA
RIEDUCAZIONE UROGINECOLOGICA
UROLOGIA

ALTRE VISITE: Visita chirurgica vascolare - Visita diabetologica - Visita chirurgica per obesità

DIAGNOSTICA

STRUMENTALE

MASSIMALE ANNUO

3.000 €

Centri
Convenzionati
**RIMBORSO
100%**
35€ Franchigia

Massimo 150€
per richiesta

Servizio
Sanitario Nazionale
**RIMBORSO
80%**
sul TICKET

MASSIMALE ANNUO: 3.000€

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: RIMBORSO 80% SUL TICKET

CENTRI CONVENZIONATI: RIMBORSO 100% CON FRANCHIGIA 35€ E MASSIMO

RIMBORSABILE €150 PER OGNI RICHIESTA

VISITA



- **Come? Procurati l'impegnativa** del medico di base o di uno specialista.
- **Dove? Privatamente** nei centri SMA/MUSA/FIMIV e **Servizio Sanitario Nazionale**.
- **Per?** Visite, Diagnostica, Esami, Riabilitazione, Assistenza Domiciliare, Odontoiatria, Gravidanza e Allattamento, Indennità Giornaliera di Ricovero e Pronto Soccorso.

DOCUMENTI



- **Documenti da conservare:**
- **Ricevuta** del centro privato convenzionato SMA MUSA FIMIV.
- **Ticket** del Servizio Sanitario Nazionale.
- **Impegnativa** del Medico di base o di uno specialista. Necessario il quesito diagnostico.

RIMBORSO



- **Come? ENTRO 90 GIORNI*** **Accedi al Portale Sma con Te**, dalla prestazione medica e comunque entro la fine dell'anno. Invia impegnativa e ricevuta di pagamento.
- **Quando? Entro 45 giorni**, dall'invio della tua richiesta, riceverai il rimborso sul tuo conto corrente.

* Tempistiche richiesta rimborso:

non più di 90 giorni dalla prestazione effettuata e comunque entro la fine dell'anno.

Esempio:

Prestazione a maggio > Richiesta rimborso entro agosto.

Prestazione a novembre > Richiesta rimborso entro il 31 dicembre.

N.B. LA PRESCRIZIONE MEDICA:

- deve avere una data precedente alla data in cui effettivamente si svolge la visita
- deve contenere il **quesito diagnostico** o la eventuale **patologia** anche presunta che ha reso necessario il ricorso alla prestazione e ciò anche al fine di prevenire o curare patologie conseguenti a malattia o ad infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche/ortodontiche.

Non sono quindi ritenute valide diciture generiche contenenti indicazioni quali controllo e/o astenia e/o accertamenti e/o check - up e/o riportanti la semplice sintomatologia di dolore o sinonimo anche associata ad un distretto generico (dolore alla spalla dolore all'addome, dolore pelvico ecc.)

Alla prescrizione deve essere allegata la documentazione di avvenuto pagamento (fattura e/o ricevuta e/o Ticket) riportante l'indicazione della specialità del medico. La prescrizione medica e il documento relativo al pagamento devono indicare la stessa patologia, cioè devono coincidere.

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

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

ELENCO PRESTAZIONI PER DIAGNOSTICA

ALLERGOLOGIA Prick test inalanti/alimenti 1/2 - Prick by Prick - Patch sidapa

ANGIOLOGIA Ecodoppler - Ecocolordoppler TSA/AI - Sclerosanti

CARDIOLOGIA Ecografia Cardiaca T.S.A. - Ecografia Cardiaca T.S.A. + A.I. - Holter - Monitoraggio pressione per 24 ore - Prova da sforzo massimale a cicloergometro - Elettrocardiogramma

ECOGRAFIA Esame Ecografico - Esame ecografico polidistrettuale - Ago aspirato ecoguidato

ENDOCRINOLOGIA Ecografia Endocrinologica/Andrologica - Mineralometria Ossea Computerizzata

GASTROENTEREOLOGIA Eco Addome Completo - Eco Addome Superiore/Inferiore

GINECOLOGIA Colposcopia - Colposcopia con biopsia - Ecografia perineale - Ecografia Transvaginale - Isterosonografia/ Isterosonosalingografia - Applicazione I.U.D. - Pap Test

OCULISTICA Valutazione del Fondo dell'occhio - Pachimetria - campo visivo

OTORINO Tampone Faringeo

PNEUMOLOGIA Prick test - Patch Test - spirometria

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 ossea 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

ESAMI

CLINICI DI LABORATORIO

Sangue - Urine - Feci

MASSIMALE ANNUO

100 €



MASSIMALE ANNUO: 100€

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: RIMBORSO 100% SUL TICKET

CENTRI CONVENZIONATI: RIMBORSO 50% SUL CONTO

VISITA DOCUMENTI RIMBORSO



- **Come?** Procurati l'impegnativa del medico di base o di uno specialista.
- **Dove?** **Privatamente** nei centri SMA/MUSA/FIMIV e **Servizio Sanitario Nazionale**.
- **Per?** Visite, Diagnostica, Esami, Riabilitazione, Assistenza Domiciliare, Odontoiatria, Gravidanza e Allattamento, Indennità Giornaliera di Ricovero e Pronto Soccorso.



- **Documenti da conservare:**
- **Ricevuta** del centro privato convenzionato SMA MUSA FIMIV.
- **Ticket** del Servizio Sanitario Nazionale.
- **Impegnativa** del Medico di base o di uno specialista. Necessario il quesito diagnostico.



- **Come?** **ENTRO 90 GIORNI*** **Accedi al Portale Sma con Te**, dalla prestazione medica e comunque entro la fine dell'anno. Invia impegnativa e ricevuta di pagamento.
- **Quando?** **Entro 45 giorni**, dall'invio della tua richiesta, riceverai il rimborso sul tuo conto corrente.

* Tempistiche richiesta rimborso:

non più di 90 giorni dalla prestazione effettuata e comunque entro la fine dell'anno.

Esempio:

Prestazione a maggio > Richiesta rimborso entro agosto.

Prestazione a novembre > Richiesta rimborso entro il 31 dicembre.

N.B. LA PRESCRIZIONE MEDICA:

- deve avere una data precedente alla data in cui effettivamente si svolge la visita
- deve contenere il **quesito diagnostico** o la eventuale **patologia** anche presunta che ha reso necessario il ricorso alla prestazione e ciò anche al fine di prevenire o curare patologie conseguenti a malattia o ad infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche/ortodontiche.

Non sono quindi ritenute valide diciture generiche contenenti indicazioni quali controllo e/o astenia e/o accertamenti e/o check - up e/o riportanti la semplice sintomatologia di dolore o sinonimo anche associata ad un distretto generico (dolore alla spalla dolore all'addome, dolore pelvico ecc.)

Alla prescrizione deve essere allegata la documentazione di avvenuto pagamento (fattura e/o ricevuta e/o Ticket) riportante l'indicazione della specialità del medico. La prescrizione medica e il documento relativo al pagamento devono indicare la stessa patologia, cioè devono coincidere.

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

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

PRONTO SOCCORSO

MASSIMALE ANNUO

100 €



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 € 100,00

Per accedere al rimborso il dipendente dovrà inviare attraverso il portale SMACONTE entro **90 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.

Entro 45 giorni dall'invio della richiesta, riceverai il rimborso sul tuo conto corrente.

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 rimborso.

INDENNITÀ

GIORNALIERA DI RICOVERO

MASSIMALE ANNUO

50 €

IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO PER MALATTIA CON INTERVENTO CHIRURGICO AVVENUTO ESCLUSIVAMENTE PRESSO OSPEDALI PUBBLICI O IN CLINICHE PRIVATE ACCREDITATE CON IL S.S.N. VIENE RICONOSCIUTA UNA INDENNITÀ GIORNALIERA PARI AD **€ 10,00**

L'indennità è erogata esclusivamente per il ricovero intervenuto in relazione a malattie per le quali il trattamento terapeutico è possibile esclusivamente previa degenza ospedaliera temporanea, continuata, diurna e notturna.

L'indennità è riconosciuta per un massimo di **5 notti continuative**.

Per accedere al rimborso, il dipendente entro **90 giorni dall'avvenuta dimissione** deve fare avere a SMA copia della lettera di dimissioni dalla struttura ospedaliera dalla quale si evinca:

- Data di ingresso
- Data di dimissione
- Motivazione del ricovero

Il mancato invio iniziale anche di parte della documentazione prevista comporta la decadenza dal diritto al rimborso. Condizione per l'erogazione del rimborso è che il dipendente richiedente, alla data dell'invio della richiesta il rimborso abbia maturato una pregressa iscrizione nel **Fondo sanitario di almeno 3 mesi**.

Entro 45 giorni dall'invio della richiesta, riceverai il rimborso sul tuo conto corrente.

RIABILITAZIONE

TERAPIE CONSERVATIVE E RIABILITATIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO O MALATTIA

MASSIMALE ANNUO

255 €

Servizio Sanitario Nazionale
RIMBORSO 50%
sul TICKET

Centri Convenzionati
RIMBORSO 85€
per 3 CICLI

MASSIMALE ANNUO: 255€

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: RIMBORSO 50% SUL TICKET

CENTRI CONVENZIONATI: RIMBORSO 85€ PER 3 CICLI

Prestazioni da effettuarsi presso da effettuarsi nei centri convenzionati SMA/Consorzio Musa/Fimiv o tramite SSN

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

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

I cicli di terapie devono essere effettuati entro 180 giorni dall'infortunio o dal termine della malattia invalidante.

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

Il rimborso è riconosciuto per prestazioni effettuate esclusivamente a fini riabilitativi e 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

Devono essere rese da personale medico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

Il rimborso non può essere riconosciuto per prestazioni riabilitative riconosciute per patologie croniche o cronicizzate.

Il rimborso per riabilitazione a seguito di **infortunio** è concesso previa presentazione del certificato di Pronto Soccorso che attesti l'infortunio, e che questo sia avvenuto successivamente alla data di iscrizione alla SMA.

ASSISTENZA DOMICILIARE

MASSIMALE ANNUO

1.000 €

RIMBORSO
50%

Il rimborso per riabilitazione a seguito di **malattia** è concesso dietro presentazione di:

- certificazione medica che attesti la patologia accertata;
- referto dell'accertamento diagnostico che attesti la sussistenza di tale patologia,
- certificazione medica che attesti la necessità del ricorso a prestazioni riabilitative

Ai fini del riconoscimento del rimborso 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.

Entro 45 giorni dall'invio della richiesta, riceverai il rimborso sul tuo conto corrente.

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

Il pagamento del 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.

MASSIMALE ANNUO: 1.000€

Al socio, nel solo caso in cui sia colpito da malattie invalidanti temporanee o permanenti e necessiti di assistenza sanitaria (visite specialistiche) infermieristica e fisioterapica, e/o prestazioni socio-sanitarie assistenziali a domicilio spetta un rimborso pari al **50%** delle spese sostenute fino ad un massimo di **1.000,00 (mille/00)** nell'anno civile.

Compreso a rimborso l'accesso a sportelli di selezione domiciliare: Sportello aMoDo.

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

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.

Sono considerate prestazioni socio-sanitarie assistenziali le seguenti attività:

- assistenza/vestizione, sollevamento da letto o poltrona e ricollocazione
- cura del corpo con intervento igienico personale
- fare la spesa ed eseguire inderogabili commissioni semplici (posta, banca e simili)
- preparare e somministrare pasti.

Il rimborso 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.

Per inabilità fisica temporanea si intende l'impossibilità di svolgere senza l'assistenza di una terza persona almeno tre delle seguenti attività ordinarie:

- lavarsi (bagno o doccia)
- vestirsi e svestirsi
- usare i servizi igienici
- mobilità (deambulare da una stanza all'altra)
- nutrirsi (capacità di consumare cibo e bere)
- isolamento domiciliare

Il mancato invio iniziale anche di parte della documentazione prevista comporta la decadenza dal diritto al rimborso. La SMA si riserva la facoltà di richiedere ogni altra documentazione clinica utile per procedere al rimborso a norma del presente regolamento.

Invia la richiesta di rimborso **entro 90 giorni** dal saldo delle prestazioni e comunque entro la fine dell'anno.

Entro 45 giorni dall'invio della richiesta, riceverai il rimborso sul tuo conto corrente.

AREA

SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ

MASSIMALE ANNUO

550 €



1. Gravidanza

MASSIMALE ANNUO: 100€

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: RIMBORSO 50% SUL TICKET

CENTRI CONVENZIONATI: RIMBORSO 50% SUL COSTO

Nel periodo di gravidanza viene previsto il rimborso del 50% del costo dei ticket sostenuti presso il SSN e/o presso i centri privati convenzionati esclusivamente per le analisi clinico e gli accertamenti diagnostici di ecografia effettuati durante il periodo di gravidanza con un massimo rimborsabile di € 100,00 per anno.

Tale massimale deve intendersi anche applicabile al singolo evento nel caso in cui il periodo di gravidanza stesso sia a cavallo di due anni.

Per accedere al rimborso il dipendente dovrà fare avere a SMA **entro 90 giorni** dal rilascio della relativa documentazione fiscale, copia del ticket nonché copia della prescrizione medica rilasciata dal MMG o dallo specialista che ha in cura il dipendente dal quale risulti l'accertato stato di gravidanza.

Entro 45 giorni dall'invio della richiesta, riceverai il rimborso sul tuo conto corrente.

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

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

2. Maternità/Paternità

MASSIMALE ANNUO: 250€

RIMBORSO: 100% SULLE SPESE SOSTENUTE

Condizione per l'erogazione del rimborso è che il dipendente richiedente il rimborso, alla data del parto/nascita abbia maturato una pregressa iscrizione nel **Fondo sanitario di almeno 6 mesi**.

Al **dipendente ed alla dipendente**, limitatamente al primo di 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 rimborso pari al 100 % delle spese sostenute.

Il rimborso è riconosciuto fino a un massimo complessivo di euro 250,00 (duecentocinquanta/00) **nei 365 giorni successivi la data del parto**.

Per accedere al rimborso il dipendente dovrà fare avere a SMA **entro 90 giorni** dal rilascio della relativa documentazione fiscale di tutta la **documentazione medico sanitaria** che attesti la necessità di accedere a tali acquisti, dalle **fatture/ scontrini fiscali quietanzati** da cui si evinca con specifica distinta di voce il corrispondente bene acquistato ed il relativo costo di acquisto.

Entro 45 giorni dall'invio della richiesta, riceverai il rimborso sul tuo conto corrente.

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

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

In conseguenza all'approvazione della Legge di Bilancio 2020 ed al successivo DM applicativo potrà essere richiesta al lavoratore una autocertificazione resa agli effetti ed ai dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000 con la quale lo stesso dichiara che non proporrà richiesta di rimborso così come previsto dalle disposizioni di legge in materia.

In caso di parto gemellare il rimborso è riconosciuto per ogni figlio nato.

AREA

ODONTOIATRICA

Centri convenzionati
SMA/MUSA/FIMIV

MASSIMALE ANNUO
1.270 €

LE PRESTAZIONI POSSONO ESSERE EFFETTUATE PRESSO:

- I **CENTRI CONVENZIONATI** SMA / MUSA / FIMIV
- I **PREVENTIVI** DA INVIARE A SMA DEVONO AVERE UNA **DATA PRECEDENTE E/O COINCIDENTE COL SALDO** DELLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

NORME COMUNI SULL'INVIO DEI PREVENTIVI.

- Per ottenere il rimborso è sempre necessario caricare sul Portale SMACONTE il PREVENTIVO: la mancata comunicazione comporta la decadenza del diritto al rimborso. Il preventivo deve avere una **data precedente o coincidente** alla prestazione effettuata.
- **FATTURAZIONE PRESTAZIONI RIENTRANTI IN UN PREVENTIVO.**
Al ricevimento della fattura relativa ad una prestazione rientrante in un preventivo, quest'ultimo si intende definitivamente chiuso.
- **DURATA PREVENTIVI**
L'inserimento del preventivo avrà durata per i 18 mesi successivi di calendario dal termine di validità dello stesso.
Decorso tale termine senza aver nulla ricevuto di fatture a saldo, di default il preventivo sarà cancellato.
- **MODIFICA PREVENTIVO IN CORSO DI PRESTAZIONE**
La modifica o la sostituzione di un preventivo deve riportare un rinvio al precedente già caricato indicando di questo numero e data di rilascio.



1. Cure Odontoiatriche

MASSIMALE ANNUO: 240€

CENTRI CONVENZIONATI: RIMBORSO 4 PRESTAZIONI X 60€/CAD.

Viene prevista la copertura economica delle prestazioni di avulsione (estrazione), di otturazione/ricostruzione, anche quelle per devitalizzazione (cura canalare) fino ad un massimo di 4 prestazioni complessive all'anno.

Per ogni avulsione/otturazione/ricostruzione/devitalizzazione esclusivamente effettuata presso i Centri odontoiatrici è previsto un rimborso pari ad € 60,00, con le seguenti modalità:

Documenti da allegare e modalità di richiesta per sussidi per altre cure odontoiatriche.

- È necessario comunicare preventivamente l'inizio dei trattamenti odontoiatrici, trasmettendo ove possibile la relativa documentazione medica con l'indicazione del piano di trattamento ivi comprese le eventuali radiografie e dei tempi in cui verrà realizzato (preventivo).
- Per ottenere il rimborso è necessario produrre la documentazione fiscale quietanzata, da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite e dei denti su cui si è intervenuto.
- SMA si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione per verificare la corretta ed effettiva esecuzione delle prestazioni eseguite ed esposte nelle fatture presentate.

Nell'arco dell'anno quindi il rimborso massimo riconosciuto arriva fino a € 240,00 (Duecentoquaranta Euro). Invia la richiesta di rimborso **entro 90 giorni** dal saldo delle prestazioni e comunque entro la fine dell'anno. Entro 45 giorni dall'invio della richiesta, riceverai il rimborso sul tuo conto corrente.

2. Cure odontoiatriche a seguito infortunio

MASSIMALE ANNUO: 1.000€

CENTRI CONVENZIONATI: RIMBORSO FINO A 1.000€ PER INFORTUNIO

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

Il rimborso viene concesso previa presentazione di documentazione medica di struttura pubblica, attestante l'infortunio e la perdita e/o lesioni di elementi dentari.

Ai fini del riconoscimento del rimborso, 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.

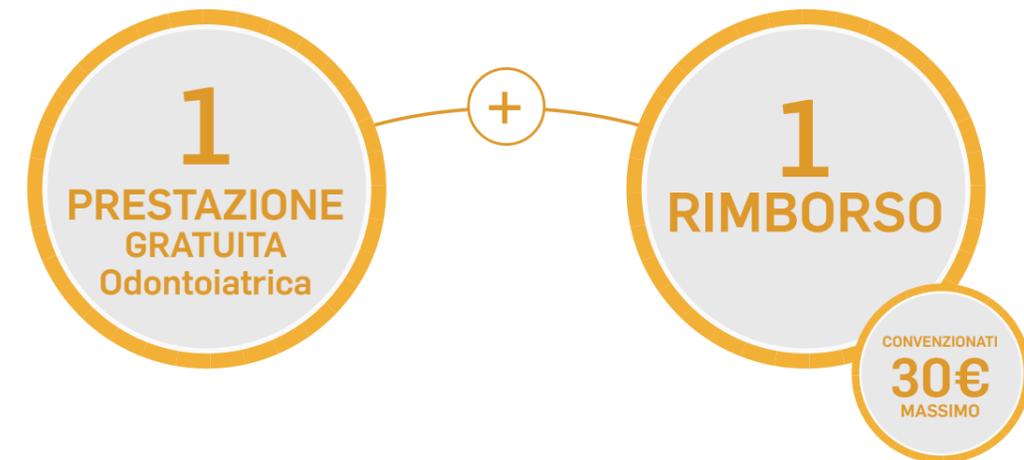
Documenti da allegare e modalità di richiesta dei sussidi.

- È necessario trasmettere prima dell'inizio delle cure il **preventivo**. Il mancato l'invio del preventivo comporta la decadenza del diritto al rimborso.
- Per ottenere il rimborso è necessario produrre al termine, **la documentazione fiscale quietanzata da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite e dei denti su cui si è intervenuto.**
- Il rimborso 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 rimborso 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 rimborso o di richiedere ulteriore documentazione, per verificare la corretta ed effettiva esecuzione delle prestazioni eseguite ed esposte nelle fatture presentate.

Invia la richiesta di rimborso **entro 90 giorni** dal saldo delle prestazioni e comunque entro la fine dell'anno. Entro 45 giorni dall'invio della richiesta, riceverai il rimborso sul tuo conto corrente.

3. Ablazione del tartaro

IL DIPENDENTE HA DIRITTO A 2 PRESTAZIONI ALL'ANNO:
UNA GRATUITA E UNA A RIMBORSO.



Inviare preventivamente la richiesta sul portale SMACONTE. Attendere il riscontro di SMA e **successivamente** prenotare la prestazione presso lo studio odontoiatrico. SMA Modena provvederà al pagamento diretto delle relative spese.

Le prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione e sono:

- ablazione del tartaro;
- visita specialistica odontoiatrica.

ELENCO STUDI ODONTOIATRICI per prestazione GRATUITA

Poliambulatorio Gulliver di Modena

Odontolarc S.r.l. con sedi in via Cervino n. 60 ed in Via Mombarcaro n. 80 Torino

Medidental - Oasimedica, Corso Francia, 14/c Rivoli (TO)

Studio Gozzi Pietrangelo via Rocca 50 Viadana

Ambulatorio Centri Dentistici Primo via Pepoli 84 Bologna

Tale prestazione è riconosciuta ai dipendenti regolarmente iscritti alla data del 1° gennaio di ogni anno o a coloro che effettueranno la propria iscrizione al Fondo sanitario integrativo aziendale con decorrenza ultima dal 1° luglio di ogni anno.

La prestazione di prevenzione dovrà essere richiesta improrogabilmente a SMA Modena entro il 1° dicembre di ogni anno ed effettuata entro il tassativo termine del 31 dicembre di ogni anno.



VALORI SMA

Lo scopo sociale di SMA Modena è favorire in modo solidaristico a tutti i soci le attività di assistenza sanitaria integrativa, tramite l'erogazione di indennità economiche complementari a quelle previste dalla vigente legislazione in materia sanitaria, nonché rimborsi per spese mediche.



NATURA NON LUCRATIVA

Il valore mutualistico non lucrativo rappresenta l'elemento distintivo di SMA Modena rispetto al mondo assicurativo, che fa del profitto la conseguenza diretta della propria attività.



PORTA APERTA

SMA Modena è aperta a tutti i cittadini e non applica la selezione preventiva, non discrimina per condizioni soggettive e individuali. Non vengono effettuate visite all'atto dell'ammissione.



MUTUO AIUTO E SOLIDARIETÀ

SMA Modena opera nel principio della solidarietà. Ciascun socio partecipa al bilancio delle attività mutualistiche mediante la corresponsione di un contributo annuo.



RECESSO UNILATERALE A FAVORE DEL SOCIO

SMA Modena non esercita la facoltà di recesso unilateralmente. Nessun socio può essere escluso per aggravamento del tasso di rischio quando, per ragioni di malattia di vecchiaia, egli ricorra con maggior frequenza alle prestazioni.



ASSISTENZA PER TUTTA LA VITA

SMA Modena garantisce assistenza ai propri soci e assistiti per tutta la durata della loro vita, sempre che essi decidano di mantenere attivo il rapporto associativo.



PARTECIPAZIONE DEMOCRATICA

Il rapporto associativo è libero e volontario. I soci partecipano alla designazione degli organi societari e alle scelte strategiche della Mutua.



CENTRALITÀ DEL SOCIO

Il socio, il rispetto della sua persona, la partecipazione alle decisioni, la trasparenza, la responsabilità sociale e l'etica comportamentale, sono i pilastri sui quali poggia l'agire quotidiano di SMA Modena.



CONTROLLO E TRASPARENZA

SMA Modena garantisce il controllo da parte dei soci sull'attività mutualistica, assicurando la correttezza e la trasparenza degli atti e delle forme di rendicontazione.



RESPONSABILITÀ SOCIALE

SMA Modena opera in difesa del diritto alla salute e del benessere dei soci in quanto persone.

SMA

Assistenza Sanitaria Integrativa



SOCIETÀ MUTUA ASSISTENZA
Società Mutuo Soccorso

Registro delle Imprese di MODENA al n. 80005010360
R.E.A. MODENA al n. 284410
Albo delle Imprese Sociali in data 12 giugno 2013
Albo Società Cooperative al n. C100217



Largo Aldo Moro, 1
41124 Modena (MO)
+39 059 7100555
info@smamodena.it
sma@cert.cna.it

www.smamodena.it