



OCCUPIAMOCI DI NOI

**COPERTURA SANITARIA
COLLETTIVA PER LE COOPERATIVE
SOCIALI**

2017

INDICE



INSIEME SALUTE TOSCANA

- Chi siamo 01
- I nostri valori 01



CONDIZIONI GENERALI

- Informazioni principali 03
- Esclusioni 03
- Le strutture sanitarie 04
- Rimborsi e tariffe agevolate 04
- Iscrizione dei familiari 06
- Area riservata 06

COME RICHIEDERE UN RIMBORSO



PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO 2017

- Esami radiologici e terapie 09
- Strutture pubbliche in regime di S.S.N. 10
- Strutture private 10
- Altri esami radiologici 11
- Esami di laboratorio 11
- Visite specialistiche 12
- Prestazioni odontoiatriche preventive 12
- Prestazioni odontoiatriche a seguito di evento traumatico 13
- Ospedalizzazione domiciliare a seguito di un ricovero 14
- Prestazioni di assistenza socio-sanitaria a seguito di evento traumatico 14



CONDIZIONI E ESTENSIONI DELLA COPERTURA

- Iscrizione familiari, termini e condizioni 15
- Costi e iscrizione 15

APPENDICE • MODULISTICA



IMA ITALIA ASSISTANCE CONDIZIONI GENERALI 2017

- Prestazioni di assistenza medica 11
- Servizi INFOCENTER 14
- Esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le prestazioni 14
- Istruzioni per la richiesta di assistenza 16

INSIEME SALUTE TOSCANA

2017

1

CHI SIAMO

Insieme Salute Toscana è una Società di Mutuo Soccorso che opera nel settore della sanità integrativa dal 1994. Siamo una società di persone, non di capitali, e senza scopo di lucro, esattamente come la tua cooperativa. Contribuiamo alla tua spesa sanitaria erogando e offrendo rimborsi per spese mediche e offrendo tariffe agevolate, grazie ad una rete di convenzioni sul territorio nazionale, ma il nostro scopo sociale va ben al di là di questo: da sempre, infatti, ascoltiamo i nostri soci e iscritti e cerchiamo di assisterli con cura nei momenti più delicati della loro vita. Siamo fieri di fare tutto questo con passione ed entusiasmo, mettendo sempre al centro il rispetto della dignità della persona umana.

2

I NOSTRI VALORI

ACCESSO ALLE MIGLIORI CONDIZIONI DI CURA PER TUTTI

In un mondo che cambia e nel quale lo Stato non è più l'unico garante dei servizi di assistenza socio-sanitaria, noi crediamo che sia fondamentale creare una rete di enti e persone, basata sul mutuo soccorso, che abbia l'obiettivo di garantire livelli di cura adeguati accessibili a tutti.

MUTUALITÀ

Poniamo i nostri sforzi affinché l'unione di persone attorno ad una causa comune porti beneficio a tutti, nel nostro caso il benessere e il buon vivere.

SOLIDARIETÀ

Al di là delle tariffe agevolate e dei rimborsi, noi siamo persone che lavorano per un mondo più umano, dove quel che deve offrire una società di mutuo soccorso è, innanzitutto, l'ascolto dei bisogni dei propri soci ed iscritti.

TRASPARENZA

Ogni anno non ci limitiamo a scrivere e far approvare ai nostri soci un bilancio d'esercizio economico, ma ci sforziamo anche di redigere un bilancio sociale nel quale mettere nero su bianco le motivazioni delle nostre scelte e dare così a tutti la possibilità di formulare un proprio giudizio su come interpretiamo e realizziamo la nostra missione.

ORIZZONTE INTERGENERAZIONALE

Ognuno, con la propria quota associativa e il rispetto dei valori comuni, contribuisce a costruire e tenere in vita una struttura che ha una sua funzione essenziale nell'immediato come anche per le generazioni future. Rimanendo insieme facciamo un regalo a noi ma soprattutto ai nostri figli.

TI RICORDIAMO CHE

È possibile iscrivere i propri familiari e chiedere in seguito i rimborsi per tutta la famiglia.

CONDIZIONI GENERALI

2017

1

INFORMAZIONI PRINCIPALI

In base all'art. 87 del Contratto collettivo nazionale di lavoro delle cooperative sociali, secondo i termini stabiliti nella convenzione stipulata tra la tua cooperativa e IST sei stato iscritto al fondo pluriaziendale per l'assistenza sanitaria integrativa istituito da IST. Ci sta a cuore offrirti informazioni il più possibile complete e trasparenti. Abbiamo scelto di inserire le condizioni generali all'inizio per permetterti di conoscere in dettaglio fin da subito le clausole che regolano e delimitano i nostri rapporti.

- ✓ Non è richiesta la compilazione del questionario sanitario
- ✓ Non vi sono termini di aspettativa
- ✓ Durata assistenza: ANNUALE

2

ESCLUSIONI

Sono sempre **esclusi**:

- La cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici
- Le protesi dentarie, la cura di parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici
- Le prestazioni mediche aventi finalità estetiche
- Gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale
- Le visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legate alla crescita, le visite dietologiche, psichiatriche, psicologiche e i trattamenti psicoterapici, i vaccini, le visite obbligatorie per legge e attività ludiche individuali
- Il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni
- Gli infortuni derivanti dalla pratica di sport agonistici nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di alle-

3

namento, siano esse ufficiali o meno

- h.** Gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'associato
- i.** Le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti
- l.** Le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale
- m.** I Day Hospital medici e chirurgici

3

LE STRUTTURE SANITARIE

Per molte prestazioni hai totale libertà di scelta, per altre invece dovrai rivolgerti solo a strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o a quelle private convenzionate con noi. A seconda della struttura cambiano le modalità attraverso le quali ti aiutiamo a sostenere le spese sanitarie.

QUALI SONO LE STRUTTURE PRIVATE CONVENZIONATE?

La nostra rete di strutture convenzionate si estende su tutto il territorio nazionale ed è particolarmente fitta in Toscana.



Per scoprire l'elenco aggiornato e sapere qual è la struttura convenzionata più vicina a te puoi utilizzare la APP dedicata, consultare la pagina web www.insiemesalutetoscana.it/servizi-assistenza-sanitaria/strutture-convenzionate.html, scriverci via e-mail o fax oppure chiamarci al Numero Verde 800. 68.55.18 .

4

RIMBORSI E TARIFFE AGEVOLATE

Tutto comincia quando il tuo medico ti prescrive un accertamento, una terapia o una visita specialistica. Per gran parte dei servizi che offriamo sei libero di rivolgerti a qualunque struttura, privata o pubblica che sia: trovi in questa guida tutte le informazioni necessarie. Esistono tuttavia due modalità distinte per contribuire ad alleggerire le tue spese a seconda delle strutture alle quali ti rivolgi: il rimborso e la tariffa agevolata.

4

RIMBORSI

La richiesta di rimborso deve essere presentata soltanto per le spese sanitarie sostenute in strutture private non convenzionate o in strutture del Servizio Sanitario Nazionale (rimborso del ticket).

TARIFFE AGEVOLATE

Se invece scegli di rivolgerti ad una delle strutture convenzionate con noi, potrai usufruire di tariffe vantaggiose e non dovrai presentare alcuna domanda di rimborso.

COME SI FA A CHIEDERE UN RIMBORSO?

Solo per strutture del S.S.N. o private non convenzionate

Dopo aver usufruito della prestazione ed averla pagata dovrai inviarci i seguenti documenti:

- a. il modulo di richiesta di rimborso debitamente compilato,
- b. copia della prescrizione del medico curante,
- c. copia di documento comprovante l'avvenuto pagamento (fattura o ticket).

Puoi inviarci questi documenti per fax, per email, per posta, di persona o utilizzando la tua area personale sul nostro sito web o anche dal tuo smartphone attraverso la APP dedicata.

NOTA BENE

- ✓ **Senza la prescrizione del medico non possiamo, in nessun modo, contribuire alla tua spesa sanitaria.**
- ✓ Hai 90 giorni di tempo dalla data dell'erogazione della prestazione per inviarci la domanda e i relativi allegati. Trascorso tale periodo non potrai più chiedere alcun rimborso.
- ✓ Non si procederà ad effettuare rimborsi in caso di documentazione incompleta o presentata successivamente al termine stabilito.
- ✓ Riceverai il rimborso entro 30 giorni direttamente sul tuo conto corrente.
- ✓ Puoi sempre controllare lo stato d'avanzamento delle tue pratiche dall'area personale consultabile sul sito o sull'APP.
- ✓ Conserva sempre tutti gli originali perché ci riserviamo il diritto di richiederteli nel caso ce ne fosse bisogno.

NOTA BENE

- ✓ Per i ticket non è rimborsabile la voce “costo ricetta” che corrisponde alla fascia di reddito alla quale appartieni.
- ✓ Pur avendo la massima fiducia in te, siamo comunque costretti a ricordarti che, nel caso tu dichiarassi il falso, incorrerai nelle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali relative al rilascio di dichiarazioni mendaci ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445.

5

ISCRIZIONE DEI FAMILIARI

Per tutta la durata dell’iscrizione al Fondo da parte degli iscritti, i loro coniugi, i conviventi more uxorio e i figli possono sottoscrivere analoga assistenza integrativa a condizioni agevolate. In questo caso, tali soggetti dovranno compilare la domanda di ammissione a socio, provvedendo personalmente al versamento dei relativi contributi associativi nei termini stabiliti dallo Statuto della Società di Mutuo Soccorso. La copertura sarà attiva 24 ore dopo il versamento dei contributi associativi. Al cessare dell’iscrizione al Fondo Sanitario Pluriaziendale della Società di Mutuo Soccorso del dipendente o socio lavoratore della cooperativa, contestualmente verrà meno l’agevolazione di cui al primo capoverso del presente articolo, e il socio dovrà sottoscrivere una nuova assistenza sanitaria, scegliendo tra quelle previste per i soci ordinari, e provvedendo contestualmente all’integrazione del contributo dovuto.



NOTA BENE

Per ogni ulteriore informazione e per richiedere il modulo di domanda di iscrizione per familiari, puoi contattarci per email, fax, telefono oppure scaricarli dal sito o dall’APP.

6

AREA RISERVATA

L’utilizzo di internet ti permette di velocizzare e semplificare al massimo tutte le operazioni di rimborso e di aggiornamento dei tuoi dati. Tramite la tua **area personale**, consultabile sul sito e tramite APP, puoi accedere a tutta una serie di utili servizi:

6

1. Inoltrare o stampare le domande di rimborso (nel caso tu volessi farci avere la documentazione per email, per fax, per posta ordinaria o consegna di persona)
2. Verificare lo stato di elaborazione delle richieste di rimborso inviate o consultare in qualsiasi momento il riepilogo dei rimborsi dovuti nell'anno in corso
3. Consultare le prestazioni del piano sanitario e l'elenco aggiornato delle strutture sanitarie convenzionate
4. Ottenere pareri medici online
5. Stampare il modulo di iscrizione per i familiari oppure iscriverli online



COME FARE AD ACCEDERE ALL'AREA RISERVATA?

Per accedere a tali servizi dal sito è sufficiente che tu ci richiedi l'abilitazione, scrivendo un'email a webmaster@insiemesalute-toscana.it specificando il tuo nome, cognome e codice fiscale. Per accedere dallo smartphone scarica l'APP di IST disponibile sia per dispositivi Android che iOS (iPhone, iPad, ecc).



PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO 2017

1

ESAMI RADIOLOGICI E TERAPIE

Se il tuo medico curante ti prescrive un esame radiologico o una terapia specialistica, noi ti aiutiamo a sostenere le spese.

MASSIMALE ANNUALE: € 6.000,00 per iscritto

(a) ALTA DIAGNOSTICA RADIOLOGICA

- angiografia
- artrografia
- broncografia
- cisternografia
- cistografia
- cistouretrografia
- clisma opaco
- colangiografia intravenosa
- colangiografia percutanea (PTC)
- colangiografia trans Kehr
- colecistografia
- dacriocistografia
- defecografia
- fistolografia
- flebografia
- fluorangiografia
- galattografia
- isterosalpingografia

- linfografia
- mielografia
- retinografia
- rx esofago con mdc
- rx stomaco e duodeno con mdc
- rx tenue e colon con mdc
- scialografia
- splenoportografia
- urografia
- vesticulodeferontografia
- videoangiografia
- wirsunggrafia

(b) ACCERTAMENTI

- accertamenti endoscopici
- diagnostica radiologica
- doppler
- ecocardiografia
- ecografia
- elettrocardiogramma (classico, sotto sforzo,

Holter)

- MOC
- elettroencefalogramma
- elettromiografia
- mammografia o mammografia digitale
- PET
- risonanza magnetica nucleare (inclusa angio RMN)
- scintigrafia
- tomografia assiale computerizzata (anche virtuale)

(c) TERAPIE

- chemioterapia
- cobaltoterapia
- dialisi
- laserterapia a scopo fisioterapico
- radioterapia



Le modalità di partecipazione di IST alle tue spese sanitarie cambiano a seconda del tipo di struttura alla quale ti rivolgi.

2

STRUTTURE PUBBLICHE IN REGIME DI S.S.N.

Se ti rechi presso strutture pubbliche, ti rimborsiamo il 100% per ticket pagati alle ASL o ad istituti convenzionati con le ASL. In questo caso prima dovrai pagare il ticket e poi fare domanda di rimborso (vedi il facsimile a pag. 17).

NOTA BENE

- ✓ Il contributo obbligatorio che verserai in base alla tua fascia di reddito resta a tuo intero carico.
- ✓ Non possiamo rimborsare i ticket emessi dagli sportelli automatici del pronto soccorso.

3

STRUTTURE PRIVATE

2.3.1 Strutture private convenzionate con IST

Se intendi rivolgerti ad una struttura privata convenzionata potrai chiamarci al Numero Verde 800. 68.55.18 per chiedere quali sono le strutture convenzionate più vicine a te.

Dopo aver preso l'appuntamento comunicaci via mail, fax o per telefono il nome della struttura che hai scelto, la tipologia d'esame, la data e l'ora dell'appuntamento. Quando ti recherai in struttura presenta la prescrizione del tuo medico curante, che deve indicare esplicitamente la patologia presunta o accertata. Pagherai una franchigia di € 40,00 alla struttura convenzionata, al resto ci pensiamo noi. Benefici di una tariffa agevolata e dunque non c'è alcuna domanda di rimborso da compilare.

2.3.2 Strutture private non convenzionate

Paghi tutto l'importo alla struttura prescelta e poi fai domanda di rimborso (vedi il facsimile a pag. 17) che verrà liquidato secondo le seguenti condizioni:

- ✓ **I primi € 60,00 del costo di ogni prestazione restano sempre a tuo carico (franchigia)**
- ✓ **Ti rimborsiamo il 70% del restante della spesa**

NOTA BENE

- ✓ **Senza la prescrizione del medico non possiamo, in nessun modo, contribuire alla tua spesa sanitaria.**

4

ALTRI ESAMI RADIOLOGICI

Se il tuo medico ti prescrive degli accertamenti diagnostici che non figurano nell'elenco precedente, noi ti aiutiamo a sostenere le spese.

MASSIMALE ANNUALE: € 1.000,00 per iscritto

Dovrai recarti esclusivamente presso strutture pubbliche in regime di S.S.N. o strutture private convezionate con le ASL. In questo caso prima dovrai pagare il ticket e poi fare domanda di rimborso (vedi il facsimile a pag. 17). **Ti rimborsiamo il 100% per ticket pagati alle ASL o ad istituti convenzionati con le ASL.**

NOTA BENE

- ✓ Il contributo obbligatorio che verserai in base alla tua fascia di reddito resta a tuo intero carico.
- ✓ Non possiamo rimborsare i ticket emessi dagli sportelli automatici del pronto soccorso.
- ✓ Non possiamo rimborsare i ticket se non è allegata la richiesta del medico curante.

5

ESAMI DI LABORATORIO

Se il tuo medico ti prescrive degli esami di laboratorio, noi ti aiutiamo a sostenere le spese.

MASSIMALE ANNUALE: € 1.000,00 per iscritto

Dovrai recarti esclusivamente presso strutture pubbliche in regime di S.S.N. o strutture private convezionate con le ASL. In questo caso prima dovrai pagare il ticket e poi fare domanda di rimborso (vedi il facsimile a pag. 17). **Ti rimborsiamo il 100% per ticket pagati alle ASL o ad istituti convenzionati con le ASL.**

NOTA BENE

- ✓ Il contributo obbligatorio che verserai in base alla tua fascia di reddito resta a tuo intero carico.
- ✓ Non possiamo rimborsare i ticket emessi dagli sportelli automatici del pronto soccorso.
- ✓ Non possiamo rimborsare i ticket se non è allegata la richiesta del medico curante.

6

VISITE SPECIALISTICHE

Se il tuo medico curante ti prescrive una visita specialistica (consulta il paragrafo "Esclusioni" a pag. 3) attinente ad una patologia accertata, noi ti aiutiamo a sostenere le spese.

MASSIMALE ANNUALE: € 1.000,00 per iscritto

Le modalità di partecipazione di IST alle tue spese sanitarie cambiano a seconda del tipo di struttura alla quale ti rivolgi.

NOTA BENE

- ✓ Il contributo obbligatorio che verserai in base alla tua fascia di reddito resta a tuo intero carico.
- ✓ Non possiamo rimborsare i ticket emessi dagli sportelli automatici del pronto soccorso e le visite eseguite in regime intramoenia (ovvero, quelle prestazioni erogate dai medici al di fuori del normale orario di lavoro in strutture dell'ospedale)
- ✓ La ricevuta di pagamento del ticket deve indicare la specialità del medico.

● STRUTTURE PUBBLICHE IN REGIME DI S.S.N.

Se ti rechi presso strutture pubbliche, **ti rimborsiamo il 100% per ticket pagati alle ASL o ad istituti convenzionati** con le ASL. In questo caso prima dovrai pagare il ticket e poi fare domanda di rimborso (vedi il facsimile a pag. 17).

● STRUTTURE PRIVATE CONVENZIONATE CON IST

Se intendi rivolgerti ad una struttura privata convenzionata dovrai chiamarci al numero verde 800.68.55.18 per chiedere quali sono le strutture convenzionate più vicine a te. Dopo aver preso l'appuntamento comunicaci via mail, fax o per telefono il nome della struttura che hai scelto, il tipo di visita, la data e l'ora dell'appuntamento. Quando ti recherai in struttura presenta la prescrizione del tuo medico curante, che deve indicare esplicitamente la patologia presunta o accertata. Pagherai la somma fissa di € 30,00 alla struttura convenzionata e al resto ci pensiamo noi.

7

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PREVENTIVE

In deroga a quanto previsto al punto b delle "Esclusioni" delle condizioni generali (vedi pag. 3), hai diritto ad un'ablazione del tartaro con visita specialistica odontoiatrica una volta all'anno.

● STRUTTURE PRIVATE CONVENZIONATE CON IST

Potrai rivolgerti solo ad una struttura privata convenzionata con noi. Chiamaci al Numero Verde 800.68.55.18 per sapere quali sono le strutture convenzionate più vicine a te. Prendi l'appuntamento e poi comunicaci via mail, fax o per telefono il nome della struttura o dello studio medico che hai scelto, la data e l'ora.

Non dovrai pagare niente. La prestazione te la regaliamo noi.

NOTA BENE

✓ Per ogni altro tipo di prestazione odontoiatrica, IST ha concordato con le strutture convenzionate tariffe agevolate per i propri soci.

8

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI EVENTO TRAUMATICO

Se, a seguito di infortunio o evento traumatico certificati dal Pronto Soccorso, è espressamente prescritta la necessità dell'intervento del dentista, noi ti aiutiamo a sostenere le spese. È incluso qualunque tipo di intervento odontoiatrico resosi necessario a causa dell'evento traumatico.

MASSIMALE ANNUALE: € 1.500,00 per iscritto
Fatta salva la rivalsa per responsabilità di terzi

Che vuol dire? Ad esempio, se un iscritto ha un incidente automobilistico e ha il 100% di ragione, le sue spese sanitarie dovranno essere coperte dall'assicurazione di chi ha torto e non da IST.

● STRUTTURE PRIVATE CONVENZIONATE CON IST

Dovrai rivolgerti solo ad una struttura privata convenzionata con noi. Chiamaci al Numero Verde 800. 68.55.18 per sapere quali sono le strutture convenzionate più vicine a te. Prendi l'appuntamento per una visita preliminare e poi comunicaci via mail, fax o per telefono il nome della struttura o dello studio medico che hai scelto, la data e l'ora. Procuraci la panoramica delle arcate dentarie e/o dental scan, specificando il piano di cure con relativo preventivo di spesa e referto medico del Pronto Soccorso. A cure ultimate, inviaci un'ulteriore panoramica e/o dental scan, e presentaci la fattura del dentista.

Ti rimborsiamo il 50% della fattura del dentista fino al raggiungimento del massimale.

9

OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI UN RICOVERO

Se, a seguito di un ricovero, hai bisogno di assistenza domiciliare, noi ti aiutiamo a sostenere le spese grazie alla nostra rete di professionisti convenzionati.

NOTA BENE

- ✓ La copertura è valida per un massimo di 120 giorni successivi alla data di dimissioni.
- ✓ In seguito alla scadenza dei 120 giorni, potrai comunque continuare autonomamente a usufruire del servizio, che, grazie alla convenzione, ti garantirà tariffe agevolate.

MASSIMALE ANNUALE: € 10.000,00 per iscritto

Le prestazioni mediche soggette a rimborso sono:

- ✓ Assistenza medica domiciliare;
- ✓ Assistenza infermieristica domiciliare;
- ✓ Assistenza riabilitativa tendente al recupero delle funzionalità.

Contattaci per concordare con noi un programma di assistenza in base alle prescrizioni del personale sanitario che ti ha dimesso. **Non dovrai pagare niente. Grazie alla nostra rete di convenzioni, saremo noi a provvedere direttamente al pagamento.**

10

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA TRAMITE LA RETE DELLE COOPERATIVE SOCIALI

IST ti dà la possibilità di usufruire di sconti per prestazioni offerte in convenzione con la rete delle cooperative sociali.

CONDIZIONI E ESTENSIONI DELLA COPERTURA

1

ISCRIZIONE FAMILIARI, TERMINI E CONDIZIONI

Qui ti spieghiamo cosa fare per estendere i benefici del tuo piano sanitario alla tua famiglia e cosa significa entrare a far parte di Insieme Salute Toscana.

1.1 Come funziona

CHI POSSO ISCRIVERE?

- ✓ Coniuge
- ✓ Convivente more uxorio
- ✓ Figli

QUANTO DURA L'ISCRIZIONE DEI FAMILIARI?

La convenzione tra noi e la tua cooperativa stabilisce che (art. 6, ultimo capoverso): "Al cessare dell'iscrizione al Fondo sanitario pluriaziendale della Società di Mutuo Soccorso del dipendente o socio lavoratore della cooperativa, contestualmente verrà meno l'agevolazione [omissis] e il socio dovrà sottoscrivere una nuova assistenza sanitaria, scegliendo tra quelle previste per i soci ordinari, e provvedendo contestualmente all'integrazione del contributo dovuto".

1.2 Condizioni

L'iscrizione dura fino al termine dell'anno solare. Può essere rinnovata ogni anno a patto che il tuo rapporto di lavoro con la cooperativa sia ancora in essere.

QUANTO COSTA?

Coniuge: € 60,00

Figli con più di 26 anni: € 60,00

Figli fino a 26 anni: € 48,00

Le quote sono annuali per l'anno solare 2017.

2

COSTI E ISCRIZIONE

COSA DEVO FARE PER ISCRIVERLI?

Riempi la domanda d'iscrizione (vedi il facsimile a pag. 18) e invicela per posta, per email, o per fax oppure iscriviti i tuoi familiari direttamente online dalla tua area riservata consultabile sul sito e sull'APP dedicata.

La copertura sarà attiva 24 ore dopo il versamento dei contributi associativi.

NOTA BENE

I familiari iscritti beneficiano del medesimo piano sanitario.

APPENDICE A • MODULO DI RIMBORSO



INSIEME SALUTE TOSCANA S.M.S.
 Largo F.lli Alinari, 21 – 50123 Firenze
 Tel. 055 28.59.61; Fax 055 23.98.176
 E-mail: segreteria@insiemesalutetoscana.it

DOMANDA DI RIMBORSO PER I DIPENDENTI DELLE COOPERATIVE SOCIALI
 E PER I LORO FAMILIARI

Per spese effettuate presso strutture del SSN o private NON convenzionate

Nome e cognome dell'iscritto
 TelefonoResidente in
 Nome cooperativaCod. fiscale
 IBAN del C/C del TITOLARE su cui accreditare il rimborso (da compilare in caso di prima richiesta di accredito o di variazione dei dati IBAN)

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali relative al rilascio di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, **chiede il rimborso** delle spese sanitarie sostenute come da unita documentazione.

	Tipo e n. di documento (es. fattura n. 32)	Data	Ente o professionista erogante	Prestazione	Nome assistito	Importo
1						
2						
3						
4						

E allega per ciascuna spesa:

- copia della prescrizione del medico curante con indicazione delle prestazioni da eseguire
- copia della fattura, ticket o ricevuta fiscale

Per un totale di N. documenti allegati al presente modulo.

NOTE

- si raccomanda di inviare la richiesta di rimborso una sola volta scegliendo una tra le seguenti modalità:
 - per posta ordinaria, fax, email (vedi contatti nell'intestazione del presente modulo)
 - dall'area personale sul sito www.insiemesalutetoscana.it (vedi Guida sintetica al Piano Sanitario)
- Tutta la documentazione deve essere inviata entro e non oltre 90 giorni dall'erogazione della prestazione
- Tutta la documentazione inviata non verrà restituita.
- Conserva gli originali perché ci riserviamo il diritto di prenderne visione.
- Ricorda che bisogna sempre inviare copie sia della prescrizione che della prova di avvenuto pagamento.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di Insieme Salute Toscana S.M.S. ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n.196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà anche i dati "sensibili" idonei a rilevare lo stato di salute, l'Assistito presta il suo consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali secondo quanto riportato nella stessa informativa.

Data/...../.....

Firma.....

APPENDICE A · DOMANDA DI ISCRIZIONE DEI FAMILIARI



INSIEME SALUTE TOSCANA S.M.S.
Largo F.lli Alinari, 21 – 50123 Firenze
Tel. 055 28.59.61; Fax 055 23.98.176
E-mail: segreteria@insiemesalutetoscana.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER I FAMILIARI DEI DIPENDENTI DELLE COOPERATIVE SOCIALI
Da compilare e inviare per e-mail, fax o posta ordinaria

Il/la sottoscritto/a
nato/a il a prov
dipendente della Cooperativa sociale

Preso visione dello Statuto di Insieme Salute Toscana SMS - Firenze, consapevole delle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali relative al rilascio di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, **chiede l'iscrizione** dei familiari qui sotto riportati a codesta rispettabile società e dichiara di conoscere e di approvare i contenuti della convenzione stipulata tra la Cooperativa Sociale e Insieme Salute Toscana SMS.

Nome e cognome del familiare (M) (F)
Residente in
Relazione familiare
Data e luogo di nascita.....

Nome e cognome del familiare (M) (F)
Residente in
Relazione familiare
Data e luogo di nascita.....

Nome e cognome del familiare (M) (F)
Residente in
Relazione familiare
Data e luogo di nascita.....

Nome e cognome del familiare (M) (F)
Residente in
Relazione familiare
Data e luogo di nascita.....

Accetto sin d'ora espressamente ex articolo 1341 e 1469 bis c.c. tutte le eventuali variazioni apportate dall'Assemblea dei soci allo Statuto sociale.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (D.LGS. 196/2003)

Con la sottoscrizione della presente domanda, preso atto dell'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo n.196 del 30 Giugno 2003 e successive modifiche ed integrazioni, esprime il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali secondo quanto riportato nella stessa informativa.
Il consenso è in particolare reso con riferimento alle comunicazioni della Società nei confronti dei: a) propri consulenti e/o soggetti esterni con specifici incarichi per conto del Sodalizio; b) istituti bancari, postali, a società che forniscono servizi collaterali per la gestione di incassi relativi al pagamento dei contributi associativi e pagamenti derivanti dall'erogazione di sussidi; c) soggetti ed Enti aventi finalità mutualistiche o sociali o culturali o sindacali, comunque per scopi di solidarietà; d) società il cui capitale sia detenuto in quota parte, prevalentemente a maggioranza del sodalizio.
Il consenso è pure reso con riguardo all'acquisizione dei dati sensibili e di quelli connessi alla salute, necessari per la valutazione delle domande di sussidio (diagnosi, prescrizione medica, fotocopia della cartellina clinica, ecc..)

Data / /

Firma

CONDIZIONI GENERALI 2017

IMA ITALIA ASSISTANCE

SERVIZI EROGATI DA IMA ITALIA ASSISTANCE

Se volessi avere maggiori informazioni su tutto quello che riguarda i servizi offerti da IMA, dovrai rivolgerti direttamente a loro ai numeri indicati in questo documento, non a noi.

Quelli che abbiamo elencato nella guida pratica sono i servizi che eroghiamo direttamente. La nostra offerta di copertura sanitaria, tuttavia, è ancora più completa grazie ad un buon numero di prestazioni aggiuntive erogate dal nostro partner IMA Italia Assistance. Uno degli aspetti più importanti è che molte di queste prestazioni ti garantiscono forme di assistenza sanitaria anche all'estero! Tuttavia, essendo IMA un ente indipendente rispetto a noi, ha delle proprie condizioni generali.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE A FAVORE DI TERZI

Servizi di assistenza medica in Italia e all'estero

Il presente libretto è un estratto delle condizioni generali di Polizza sottoscritte da FIMIV che viene rilasciato dalla stessa per rendere note le condizioni convenute con IMA Italia Assistance S.p.A. L'operatività delle presenti condizioni è subordinata alla validità della Polizza.

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA

1. Consulenza medica telefonica

Qualora l'Assicurato necessiti valutare il proprio stato di salute, potrà contattare 24h24 i medici della Struttura Organizzativa e chiedere un consulto telefonico.

2. Invio di un medico in Italia

Qualora a seguito di infortunio o malattia e successivamente ad una Consulenza medica (vedi prestazione 1), l'Assicurato ne-

cessiti di un medico e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a spese proprie, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento dell'Assicurato in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino. La prestazione viene fornita dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi per un massimo di 3 volte all'anno.

3. Invio di autoambulanza

Qualora a seguito di infortunio o malattia e successivamente ad una Consulenza Medica (vedi prestazione 1), l'Assicurato necessita di un trasporto in autoambulanza, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico più vicino. La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico i costi del percorso complessivo (andata/ritorno).

4. Invio medicinali all'estero

Qualora l'Assicurato, a seguito di sinistro, necessita di medicinali regolarmente prescritti da un medico, introvabili sul posto e purchè commercializzati in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà a reperirli ed a inviarli con il mezzo più rapido e nel rispetto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali. La Struttura Organizzativa terrà a suo carico le spese relative al reperimento ed alla spedizione dei medicinali, mentre il costo degli stessi resta a carico dell'Assicurato. In alternativa la Struttura Organizzativa potrà fornire il nominativo di un medicinale equivalente di fabbricazione locale.

5. Ricerca infermiere in Italia

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

6. Servizio spesa a casa in Italia

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad uscire autonomamente a seguito di infortunio immobilizzante, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa di effettuare la consegna presso la sua abitazione di generi alimentari o di prima necessità, con il massimo di due buste per richiesta, massimo una volta a settimana. Rimangono a carico dell'Assicurato i costi relativi a quanto per suo conto acquistato. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte all'anno.

7. Trasferimento sanitario

Qualora l'Assicurato, ricoverato presso un centro ospedaliero a seguito di infortunio o malattia, debba essere necessariamente trasferito, d'intesa fra il medico curante ed i medici della Struttura Organizzativa, presso Centri Ospedalieri idonei a garantirgli le cure specifiche del caso, Centri Ospedalieri più vicini alla sua abitazione o la sua abitazione, la Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento dell'Assicurato presso il centro individuato con il mezzo più idoneo:

- aereo sanitario appositamente equipaggiato;
- l'aereo di linea (anche barellato);
- l'ambulanza;

- il treno.

La Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga in paesi Europei. Il trasferimento potrà avvenire con l'eventuale accompagnamento di personale medico e infermieristico. La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico il costo del trasferimento del paziente, incluse le spese del medico e/o infermiere che accompagnino il paziente stesso.

8. Monitoraggio del ricovero ospedaliero

A seguito di ricovero ospedaliero per infortunio e/o malattia e su richiesta dell'Assicurato, i medici della Struttura Organizzativa stabiliranno i necessari contatti con i medici curanti sul posto allo scopo di seguire l'evoluzione clinica della sua patologia, informando i familiari dell'evoluzione della stessa.

9. Assistenza ai familiari assicurati

Nel caso di ricovero ospedaliero o di Trasferimento Sanitario dell'Assicurato e qualora gli altri Assicurati intendano rimanere sul posto per assisterlo, la Struttura Organizzativa terrà a proprio carico le spese di rientro all'abitazione o di pernottamento in loco e prima colazione per gli Assicurati, per una durata massima di due notti e fino ad un importo massimo di € 210,00 (Iva inclusa) per evento.

10. Assistenza ai minori di anni 14

Nel caso di ricovero ospedaliero o di Trasferimento Sanitario dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa incaricherà una persona di fiducia per assistere i minori di 14 anni rimasti soli durante il soggiorno o durante il rientro all'abitazione, per un massimo di 15 giorni e per un massimo di

2 ore al giorno.

11. Viaggio di un familiare

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

12. Recapito messaggi urgenti

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

13. Rientro anticipato

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

SERVIZI INFOCENTER

14. Informazioni sanitarie e farmaceutiche

Attivo dalle ore 09.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali

L'Assicurato potrà richiedere alla Struttura Organizzativa:

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

Potrà richiedere inoltre alla Struttura Organizzativa, per i medicinali commercializzati in Italia, informazioni su:

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

15. Informazioni di medicina tropicale

Attivo dalle ore 09.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali

L'Assicurato potrà richiedere alla Struttura Organizzativa informazioni relative al paese della fascia tropicale nel quale intende recarsi quali:

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

16. Segnalazione Centri diagnostici privati

Prestazione fornita dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali

Qualora l'Assicurato debba sottoporsi ad un accertamento o visita diagnostica, a seguito di infortunio o malattia, telefonando alla Struttura Organizzativa potrà ottenere ogni informazione sulla Rete di strutture convenzionate in Italia.

17. Segnalazione Centri Specialistici

Prestazione fornita dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali

Qualora l'Assicurato debba sottoporsi ad intervento chirurgico, potrà ottenere ogni informazione telefonando alla Struttura Organizzativa che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito eventualmente il medico curante, individua e segnala un centro ospedaliero attrezzato in Italia o all'estero.

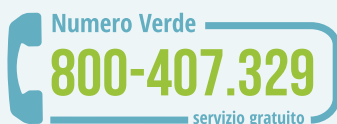
ESCLUSIONI ED EFFETTI GIURIDICI RELATIVI A TUTTE LE PRESTAZIONI

1. Le prestazioni di assistenza (con esclusione della consulenza medica telefonica e dei servizi Infocenter) sono fornite fino ad un massimo di tre volte nel periodo di validità della polizza.
2. Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:
 - a guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelera-

- zione artificiale di particelle atomiche;
- b** scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo, dolo dell'Assicurato;
 - c** dolo dell'Assicurato;
 - d** suicidio o tentato suicidio;
 - e** infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e relative prove e allenamenti;
 - f** malattie nervose e mentali, le malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26° settimana di gestazione e dal puerperio;
 - g** infortuni avvenuti anteriormente alla data di decorrenza della copertura;
 - h** malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
 - i** le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.
- 3.** Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.
- 4.** La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.
- 5.** Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 Cod.Civ.
- 6.** Il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.
- 7.** L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto della presente assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso.
- 8.** La durata massima della copertura per ogni periodo di permanenza continuata all'estero nel corso dell'anno di validità della garanzia è di 60 giorni.
- 9.** La polizza è regolata dalla legge italiana. Tutte le controversie relative alla polizza sono soggette alla giurisdizione italiana.

ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA IMA

Per erogare le prestazioni la Struttura Organizzativa sarà a disposizione tutti i giorni dell'anno, 24h/24, di tutti gli assicurati che chiameranno il numero verde:



In caso d'impossibilità nel contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa potrà farlo tramite fax al n. **02.24128245**.

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- 1 Il tipo di assistenza di cui necessita
- 2 Nome e Cognome
- 3 Indirizzo del luogo in cui si trova
- 4 Il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarla nel corso dell'assistenza

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

**I SERVIZI DI INSIEME SALUTE TOSCANA
SEMPRE A PORTATA DI MANO!**

SCARICA L'APP



Disponibile su
App Store

Disponibile su
Google play

Numero Verde
800-68.55.18
servizio gratuito

INSIEME SALUTE TOSCANA

📍 Largo Alinari, 21 - 50123 Firenze

☎ Tel. 055 285961 - Fax 055 2398176

✉ segreteria@insiemesalutetoscana.it

🌐 www.insiemesalutetoscana.it