



Mutualitas

GUIDA AL PIANO SANITARIO

**Convenzione
FONDO SANITARIO ANMVI
Opzione O**

Mutualitas - Società di Mutuo Soccorso
Viale Bodio, 33
20158 Milano MI

Questo documento è redatto con l'intento di fornire ai soci uno strumento di consultazione rapido e una guida alla conoscenza delle assistenze acquistate.

Vuole, inoltre, aiutare il socio o aventi diritto, nel caso di un sinistro guidandolo dal momento della prima denuncia fino alla sua conclusione.

Il documento è stato volutamente approntato in forma sintetica per fornire informazioni sufficientemente esaustive ma senza entrare in tecnicismi che ne renderebbero difficoltosa la comprensione.

E', infatti, sufficiente che il socio sappia per quali eventi è coperto: questo gli permetterà di informare **Marsh S.p.A./Mutualitas SMS** di un eventuale sinistro.

Da quel momento uno specialista **Marsh S.p.A./Mutualitas SMS** prenderà in carico la pratica e comunicherà esattamente ciò che è necessario fare, guidando il socio in tutte le fasi successive.

I dati riportati nella guida rappresentano semplicemente i punti salienti delle forme di assistenza e non costituiscono quindi, in alcun modo, elemento vincolante ai fini della garanzia, per la quale rileva unicamente il testo di Convenzione di riferimento stipulata da Mutualitas Società di Mutuo Soccorso con la Compagnia Assicuratrice nell'interesse dei propri Soci ed eventuali loro familiari per l'erogazione di prestazioni sanitarie..

Indice

1.	Presentazione	Pag.4
2.	Finalità	Pag.4
3.	Tipologie Soci e cessazione della qualità di Socio	Pag.5
4.	Definizione e oggetto della copertura	Pag.5
5.	Garanzie e Franchigie previste.....	Pag.6
6.	Durata delle forme di assistenza.....	Pag.6
7.	Assicurati	Pag.6
8.	Persone non assicurabili e limiti di età.....	Pag.6
9.	Principali esclusioni	Pag.7
10.	Principali deroghe	Pag.8
11.	Criteri di liquidazione	Pag.8
12.	Controversie	Pag.8
13.	Determinazione dell'annualità di competenza.....	Pag.9
14.	Anticipo indennizzi	Pag.9
15.	Variazione delle persone assicurate	Pag.9
16.	Prestazioni	Pag.10
17.	Accesso all'area sinistri Rimborso Spese Mediche	Pag.13
18.	Come inserire/modificare i dati dei componenti del nucleo familiare....	Pag.15
19.	Come utilizzare le prestazioni in caso di convenzionamento.....	Pag.16
20.	Come richiedere i rimborsi	Pag. 22
21.	Documentazione necessaria ai fini del rimborso.....	Pag. 28



Presentazione

Con questa guida intendiamo offrirle un utile supporto per la comprensione e l'utilizzo del piano.

Il nostro obiettivo è di fornirle un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della sua collaborazione.

All'interno della guida troverà quindi l'indicazione delle modalità da seguire qualora debba utilizzare il piano.

La preghiamo di attenersi scrupolosamente a queste modalità, così da poterla assistere con la sollecitudine che ci è propria.

Si raccomanda, pertanto, di osservare le procedure di seguito indicate, ai fini della velocizzazione e del corretto dispiegarsi delle procedure.

Mutualitas – Società di Mutuo Soccorso eroga la presente prestazione sanitaria sulla base di specifica convenzione stipulata con primarie Compagnie Assicuratrici.

Per ulteriori informazioni ed eventuali chiarimenti, i Soci possono rivolgersi direttamente a Mutualitas:

Mutualitas - Società di Mutuo Soccorso

Mail: Info@mutualitas.it

Telefono:  **02 48538967**

Finalità

Mutualitas è una associazione senza scopo di lucro con personalità giuridica ai sensi della Legge 3818/1886 e successive modificazioni e aggiornamenti, nata con il fine di sopperire alle mancanze dello stato sociale e tutelare i Soci.

Mutualitas ha lo scopo di erogare ai propri Soci senza alcuna speculazione e nel rispetto dei principi della mutualità, assistenze economiche e sanitarie nei limiti e con le modalità determinate da apposito Regolamento.

Tipologie Soci e cessazione della qualità di Socio

Tutte le persone fisiche, residenti in Italia, che abbiano i requisiti previsti dalle leggi dello Stato, che facciano richiesta di adesione.

Il Socio può essere escluso dalla Società, con deliberazione del Consiglio di Amministrazione, nei seguenti casi:

- a) **condanne** in via definitiva a pene detentive, escluse le condanne per reati col-posi;
- b) utilizzo di qualsiasi mezzo **illecito** finalizzato ad ottenere sussidi o prestazioni altrimenti non dovuti;
- c) comprovati **danni** arrecati **alla Società**;
- d) **inosservanza o inadempienza dello Statuto**, dei regolamenti e delle disposizioni del Consiglio di Amministrazione o dell'Assemblea;
- e) **mancata regolarizzazione della propria posizione contributiva** entro 30 (trenta) giorni dall'ingiunzione a pagare deliberata dal Consiglio di Amministrazione. Il Socio che non risulti in regola con il versamento dei contributi associativi dovuti per accedere ai Piani Assistenziali o Sanitari attuati dalla Società non ha diritto a ricevere alcuna prestazione prevista da tali Piani;
- f) cessazione degli effetti, per qualsiasi ragione, degli Statuti, contratti, accordi o regolamenti aziendali in base ai quali i Soci Ordinari Convenzionati sono stati iscritti alla Società.

Definizione e oggetto della copertura

Sono coperte le spese sanitarie sostenute a seguito di infortunio o di malattia.

E' considerato Infortunio ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

E' considerata Malattia ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Garanzie e Franchigie previste

Si veda il «dettaglio prestazioni» alle pagine seguenti.

Durata delle forme di assistenza

La forma di assistenza, dal momento della sua attivazione, avrà durata sino al 31/12 successivo per il Socio ed i componenti del **Nucleo Familiare** * che esso stesso dovrà tempestivamente indicare nelle modalità previste.

*** Il mancato caricamento dei dati dei componenti del Nucleo Familiare, potrà comportare per loro l'assenza di copertura in caso di sinistro.**

Assicurati

La garanzia vale nei confronti dei Medici Veterinari Soci Mutualitas appartenenti al Fondo Sanitario ANMVI. La garanzia è estesa inoltre ai rispettivi coniugi, i figli conviventi, da stato di famiglia, o anche non conviventi purché fiscalmente a carico o se vi è l'obbligo di mantenimento, altri familiari purché risultanti dallo stato di famiglia; il convivente more-uxorio risultante dallo stato di famiglia o da apposita autocertificazione nonché, il convivente more uxorio anche dello stesso sesso, purché risultante dallo stato di famiglia, se disponibile, oppure da certificato di residenza e autocertificazione di convivenza; coniugi legalmente separati o divorziati, purché vi sia l'obbligo di copertura assicurativa (con sentenza del giudice); in tale circostanza non è ammessa la copertura nei confronti della persona convivente.

Persone non assicurabili e Limiti di età

Non sono assicurabili, salvo patto speciale che deve risultare in polizza, le persone colpite da apoplezia o affette da epilessia, paralisi, infermità mentali, delirium tremens, alcoolismo, tossicomania. Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità della polizza l'assicurazione cessa dopo il primo evento e può essere rinnovata con patto speciale.

Non sono altresì assicurabili **le persone di età superiore a 80 anni**. Nel caso di compimento dell'80° anno di età durante il corso dell'annualità assicurativa, la garanzia continuerà ad essere prestata fino alla successiva scadenza annuale del premio. È prevista inoltre l'adesione per gli over 80 con raddoppio del premio e per gli over 85 per i quali oltre al raddoppio del premio è prevista la compilazione di apposito questionario sanitario.

Principali esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

1. Le intossicazioni dovute ad abuso di alcolici e psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo in quest'ultimo caso di somministrazione terapeutica non conseguente ad assunzione volontaria), allucinogeni e simili;
2. Gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
3. Le conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, da aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale di cui l'Assicurato abbia preso parte volontaria;
4. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
5. gli infortuni derivanti da partecipazioni a gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
6. le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da Infortunio);
7. le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, intendendo per tali l'alterazione organica, congenita od acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente (con visita medica) o strumentalmente (con accertamenti diagnostici di tipo strumentale) diagnosticabile prima dell'iscrizione; questa esclusione non opera per le prestazioni a cui partecipano a diverso titolo tutti gli associati riferiti ad una medesima categoria assicurata;
8. le malattie mentali (incluse le nevrosi e psiconevrosi);
9. gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni ed alluvioni;
10. le cure dentarie e delle parodontopatie, le protesi ortodontiche e dentarie e gli interventi chirurgici preprotesi e di implantologia, ad eccezione di quelle opzioni che prevedono esplicitamente la garanzia "cure dentarie"

Principali deroghe

Sono inclusi nell'assicurazione:

- Le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente;
- Gli interventi e le cure per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto

Criteri di liquidazione

Il rimborso/liquidazione verrà effettuato dalla Compagnia di assicurazioni dove Mutualitas ha trasferito il rischio su presentazione delle relative notule e fatture debitamente quietanziate. La documentazione medica da fornire oltre alla descrizione dell'evento oggetto della denuncia di sinistro, deve comprendere l'indicazione della natura e del tipo delle cure prestate.

Il rimborso/liquidazione vale anche ad integrazione di spese rimaste a tuo carico a seguito del rimborso /liquidazione da parte di altri Enti, ferme franchigie e relativi scoperti.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dal socio o eventuale nucleo familiare, ricavato dalle quotazioni della Banca di Italia.

Controversie

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un collegio arbitrale di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio medico arbitrale risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di Residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico arbitrale sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono esser raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico arbitrale sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Determinazione dell'annualità di competenza

L'individuazione dell'annualità assicurativa di competenza di un sinistro avviene con il seguente criterio:

In caso di ricovero, day hospital e di corresponsione dell'indennità sostitutiva come previsto nel Quadro Sinottico, la data del sinistro coincide con quella dell'entrata dell'Assicurato nella struttura ospedaliera. A questa data si fa riferimento per tutte le garanzie collegate al ricovero.

Per le garanzie extraospedaliere come previste nel Quadro Sinottico la data del sinistro corrisponde alla data della documentazione di spesa.

Anticipo indennizzi

Nel caso di avvenuto ricovero in Istituto di Cura, e facoltà dell'Assicurato richiedere un anticipo sulle spese già sostenute e documentate in misura non superiore al 60% delle stesse, previa contestuale presentazione alla Società di certificazione provvisoria dell'Istituto di cura che attesti la natura della malattia o dell'infortunio, eventualmente la necessita di intervento chirurgico, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare delle spese sanitarie.

L'anticipazione delle spese può avere luogo nell'ipotesi che l'ammontare delle spese non sia inferiore a Euro 516,00.

Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule di spesa, si procede al conguaglio attivo o passivo.

Variazione delle persone assicurate

L'Assistenza vale per le persone espressamente designate in applicazione.

Le inclusioni e le esclusioni di Assistiti, che si verifichino nel corso dell'annualità di copertura dovranno essere comunicate dalla Contraente a mezzo informatico; la garanzia avrà effetto a decorrere dalle ore 24:00 del giorno di inclusione degli stessi.

Per le inclusioni avvenute nel corso del primo semestre dell'anno (dal 31/12 al 30/06), è dovuto il 100% del contributo annuo; per le inclusioni avvenute nel corso del secondo semestre (dal 01/07 al 31/12), è dovuto il 60% del contributo annuo della Forma di Assistenza.

In caso di esclusione di nuclei e/o persone in corso d'anno, non sarà effettuato alcun rimborso di contributo che, pertanto, si considera acquisito.

Prestazioni sanitarie assicurate	Massimali per anno/nucleo
<p>Ricoveri e day hospital con o senza intervento chirurgico, interventi ambulatoriali:</p> <p>Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento);</p> <p>Assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero; Rette di degenza;</p> <p>Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dall'istituto di cura nei 120 giorni precedenti il ricovero;</p> <p>Esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche), cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuate nei 150 giorni successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico.</p>	<p>€ 155.000,00 elevati a € 260.000 in caso di Grande Intervento Chirurgico</p> <p>In rete convenzionata: Nessuna franchigia</p> <p>Fuori rete convenzionata:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ricoveri con/senza intervento chirurgico, parto non cesareo e day hospital con intervento: scoperto 25% minimo € 2.000 rette di degenza max € 300 al giorno Day hospital senza intervento: scoperto 10% minimo € 750 e massimo € 2.000 Intervento ambulatoriale: Franchigia € 250
<p>Parto Relativamente ai ricoveri per parto sono previste anche le rette di degenza, gli onorari medici, gli accertamenti diagnostici, le cure, i medicinali e gli esami sostenuti per il neonato.</p>	<p>Sottolimito parto cesareo in caso di NON utilizzo della rete convenzionata € 8.000 annuo/nucleo con rette di degenza max € 300,00 al giorno Franchigie e scoperti come da punto precedente "Ricovero"</p>
<p>Trasporto dell'Assicurato in ambulanza all'istituto di cura e viceversa, nonché per trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea.</p>	<p>Sottolimito spese trasporto € 1.800,00</p>
<p>Rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore: In caso di ricovero per intervento chirurgico in istituto di cura..</p>	<p>€ 70,00 con un massimo di giorni 30</p>
<p>Rimpatrio della salma In caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma.</p>	<p>€ 775,00</p>
<p>Indennità sostitutiva Se tutte le spese, esclusi eventuali "tickets" e le spese pre e postricovero, sono a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Sociale, la Società corrisponderà un'indennità.</p>	<p>€ 100 per pernottamento max. 150 giorni € 26 in caso di Day hospital</p>

	Prestazioni sanitarie assicurate	Massimali per anno/nucleo
	<p>Disforia di genere:</p> <p>spese sanitarie sostenute durante il periodo di validità della copertura e in seguito alla sentenza di approvazione emessa dal Tribunale in data successiva alla decorrenza della copertura.</p> <p>Sono comprese le sedute di psicoterapia/psichiatria; le spese per l'endocrinologo e la cura ormonale; il rimborso di farmaci prescritti.</p> <p>In caso di intervento chirurgico per il cambio di sesso, sono compresi: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesia e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti della sala operatoria, materiale d'intervento, trattamenti fisioterapici e rieducativi conseguenti all'intervento ed effettuati durante il periodo di ricovero; assistenza medica e infermieristica, cure anche omeopatiche, esami e medicinali effettuati durante il periodo di ricovero; rette di degenza; esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati 120 gg. prima e relativi al ricovero nonché esami, visite specialistiche, medicinali prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nei 120 gg. successivi al ricovero; epilazione definitiva con il sottolimito di € 1.000,00; interventi puramente estetici non previsti dai principali protocolli applicabili con il sottolimito di € 4.000,00</p>	<p>€ 15.000,00 elevato a € 30.000,00 in caso d'intervento chirurgico</p> <p>La retroattività delle spese coperte è pari ad anni due dalla data di sentenza</p>
SPESA EXTRA OSPEDALIERE	<p>Spese di Alta Diagnostica</p> <p>Agopuntura (solo se effettuata da medico), Amniocentesi, Chemioterapia, Cobaltoterapia, Diagnostica radiologica, Dialisi, Doppler, Ecografia, Elettrocardiografia completa, Elettroencefalografia, Endoscopia (tutti gli esami endoscopici / invasivi, comprese Angiografia, Arteriografia, Coronarografia e Cistografia) Laserterapia, MOC, Risonanza magnetica nucleare, Scintigrafia, TAC, Telecuore, Urografia</p>	<p>€ 4.135,00</p> <p>In rete convenzionata: Franchigia per sinistro € 30</p> <p>Fuori rete convenzionata: Scoperto per sinistro 25% minimo € 50</p>
	<p>Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio</p> <p>Visite specialistiche effettuate da medico fornito di specializzazione (escluse odontoiatriche e ortodontiche e pediatriche), analisi ed esami diagnostici di laboratorio</p>	<p>€ 1.050,00</p> <p>In rete convenzionata: Franchigia per sinistro € 30</p> <p>Fuori rete convenzionata: Scoperto per sinistro 25% minimo € 50</p>
	<p>Acquisto di protesi ortopediche</p>	<p>€ 1.100,00</p> <p>Franchigia per sinistro € 26</p>
PREVENZIONE	<p>Medicina preventiva: spese relative alle prestazioni qui di seguito elencate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Condizioni speciali "Donna": mammografia; pap-test; - elettrocardiogramma a riposo e da sforzo; esami del sangue: emocromo con forma leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia e VES. - Condizioni speciali "Uomo": elettrocardiogramma a riposo e da sforzo; esame radiologico del torace; esami del sangue: emocromo con forma leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia e VES. 	<p>€ 600,00 a biennio per nucleo</p> <p>In rete convenzionata: Franchigia per sinistro € 30</p> <p>Fuori rete convenzionata: Scoperto per sinistro 25% minimo € 26</p>

Prestazioni sanitarie assicurate	Massimali per anno/nucleo
<p>Garanzia Long Term Care Opera in caso di incapacità del caponucleo a svolgere almeno 4 delle seguenti attività: muoversi nella stanza – alzarsi e mettersi a letto – vestirsi e svestirsi – bere e nutrirsi – mantenere l’igiene personale – svolgere le funzioni fisiologiche.</p>	<p>€ 6.500 Rendita annua immediata, anticipata, rivalutabile per una durata massima di 3 anni – erogata con rateizzazione mensile</p>
<p>Limiti di età: 85 anni – Limite di età in ingresso: 80 anni</p> <p>Limiti territoriali: Mondo Intero</p> <p>Nucleo Familiare: Il Medico Veterinario Socio Mutualitas appartenente al Fondo Sanitario ANMVI, i rispettivi coniugi, i figli conviventi, da stato di famiglia, o anche non conviventi purché fiscalmente a carico o se vi è l'obbligo di mantenimento, altri familiari purché risultanti dallo stato di famiglia; il convivente more-uxorio risultante dallo stato di famiglia o da apposita autocertificazione nonché, il convivente more uxorio anche dello stesso sesso, purché risultante dallo stato di famiglia, se disponibile, oppure da certificato di residenza e autocertificazione di convivenza; coniugi legalmente separati o divorziati, purché vi sia l'obbligo di copertura assicurativa (con sentenza del giudice); in tale circostanza non è ammessa la copertura nei confronti della persona convivente</p>	



I dati riportati rappresentano semplicemente i punti salienti della copertura assicurativa e non costituiscono quindi in alcun modo elemento vincolante ai fini della garanzia per la quale fa testo unicamente la convenzione.

SERVIZI ASSISTENZIALI

MY RETE

Convenzionamento MYRETE

Il convenzionamento MyRete consente il pagamento diretto nel caso in cui **le Cliniche e l'Equipe medica siano entrambe convenzionate** con MyRete.

Il Convenzionamento:

- è operativo nei casi di ricovero con o senza intervento chirurgico, day hospital e parto.
- è esteso alle spese extra-ricovero e medicina preventiva (N.B. - esclusi esami di laboratorio).
- è operativo solo in Italia.

Per l'attivazione del convenzionamento è necessario inoltrare la richiesta accedendo all'area riservata di <https://anmvi.mutualitas.it>. La richiesta deve essere effettuata **almeno 72 ore lavorative prima della data della prestazione** per cui si vuole richiedere il convenzionamento diretto.

Per info contattare il nr. 02.48538254, da lunedì al venerdì nei seguenti orari 09.15-12.00.

VIRTUAL HOSPITAL

VIRTUAL HOSPITAL – BLUE ASSISTANCE

1. Un numero massimo di 8 Televisitespecialistiche tra quelle disponibili sulla piattaforma online, che per facilità riportiamo di seguito:
Allergologia, Ortopedia, Ginecologia, Neuropsichiatria, Chirurgia Generale, Pneumologia, Cardiochirurgia, Otorinolaringoiatria, Medicina Generale, Oftalmologia, Dermatologia, Urologia, Cardiologia, Pediatria, Neurologia
2. Tramite la piattaforma Qurakare la possibilità di fruire di un servizio di raccolta documenti clinica digitale
3. Televisitegeneriche a pagamento h24 7/7, nonché la possibilità di acquistare Televisitespecialistiche nel caso in cui l'Assistito ed il suo nucleo familiare abbiano fruito delle 8 comprese nella presente offerta
4. La possibilità di usufruire di tariffe agevolate:
 - > prestazioni mediche rese dal network di centri convenzionati
 - > prestazioni odontoiatriche rese dal network di medici dentisti/centri odontoiatrici convenzionati
 - > prestazioni fisioterapiche rese dal network di centri medici convenzionati
 - > presso il network di ottici facenti parte del circuito Salmoiraghi e Viganò
 - > presso il network di medici e pediatri in grado di intervenire a domicilio
 - > per Pharmcure, servizio digitale di consegna farmaci

Le seguenti prestazioni sono fornite a seguito di Infortunio o Malattia con un massimo per assicurato di tre volte per ciascun tipo ed anno assicurativo:

A. Invio di un medico generico o di un'ambulanza

Qualora l'Assicurato richieda una visita medica presso la propria residenza nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8, nei prefestivi dalle ore 14 alle ore 24 e nei festivi 24 ore su 24, la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, provvede ad inviare un medico presso la Residenza.

B. Consegna farmaci

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, certificati da prescrizione medica, necessiti di assumere farmaci -la Centrale Operativa per un periodo massimo di 3 settimane successive all'evento, provvede a garantire la consegna di medicinali non salvavita.

C. Second Opinion

Rivolta all'Assicurato affetto da una grave alterazione dello stato di salute per la quale sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico e ritenga opportuno richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica. L'Assicurato potrà rivolgersi ai medici della Centrale Operativa di Blue Assistance, i quali forniranno indicazione all'Assicurato su tutta la documentazione che dovrà presentare al suo medico curante e seguito suo giudizio, contatterà i medici della Centrale Operativa, e, di concerto con loro, valuterà necessità ed appropriatezza della richiesta di Second Opinion. Nel caso in cui entrambi i medici ritenessero necessaria la Second Opinion, l'Assicurato disporrà l'inoltrare, a sue spese e cura, di tutta la suddetta documentazione alla Centrale Operativa di Blue Assistance.

D. Segnalazione di un infermiere

Su richiesta dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvederà a segnalare i recapiti di personale infermieristico, e/o ad inviare un infermiere presso la sua residenza, sulla base delle proprie disponibilità. Il costo della prestazione infermieristica resterà a carico dell'Assicurato.

EAP

EAP Employee Assistance Program

Servizi di supporto psicologico a distanza:

- Appuntamenti telefonici su richiamo del professionista al proprio numero di telefono
- Conversazioni con esperti su tematiche di benessere tramite chat
- Video consulenze direttamente con un professionista

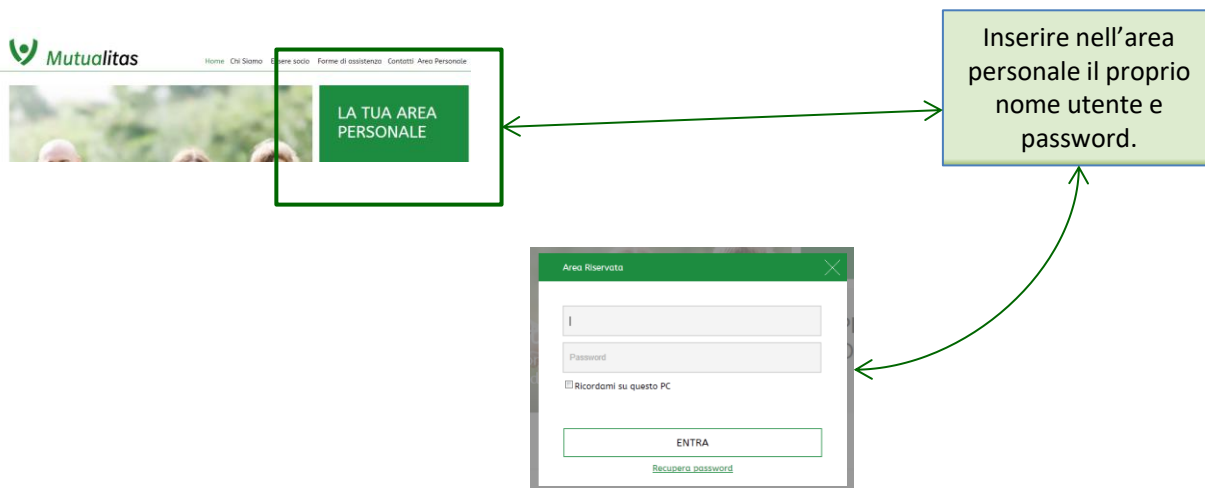
Per i dettagli sull'utilizzo del servizio, visionare apposita Guida disponibile nell'area riservata.



I dati riportati rappresentano semplicemente i punti salienti della copertura assicurativa e non costituiscono quindi in alcun modo elemento vincolante ai fini della garanzia per la quale fa testo unicamente la convenzione.

Accesso all'area sinistri Rimborso Spese Mediche

1) Accedere alla propria area personale sul portale <https://anmvi.mutualitas.it>



2) Accedere alla sezione rimborsi spese mediche

Nella propria area personale andare alla sezione Rimborsi (A), selezionare la forma di assistenza (B) e confermare (C)



Home/ Rimborsi/

BENVENUTO
PAOLO LASAGNA

RIMBORSI

Seleziona la forma di assistenza

Salute Protetta Special 2024

CONFERMA

PAOLO LASAGNA

Mutualitas Soc. di Mutuo Soccorso

Copertura: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Seleziona copertura

Richiedi un convenzionamento

Richiedi un rimborso

Richiedi prestazione telemedicina



Guida

Scarica il PDF con le istruzioni per ottenere il rimborso.



Elenco delle prestazioni garantite

Scarica il PDF con il dettaglio delle prestazioni sanitarie garantite.



Come attivare il convenzionamento diretto con la struttura

Scarica il PDF con le istruzioni ed i riferimenti per attivare la convenzione diretta.



Massimali

Controlla i massimali residui.



Contatti Customer Care

Visualizza i nostri contatti

All'interno dell'Home page potrai:

- Visualizzare i dati anagrafici tuoi e del tuo nucleo familiare, se presente
- Inserire una richiesta di rimborso, richiedere un convenzionamento diretto e consultare lo storico
- Verificare i massimali residui
- Accedere alle convenzioni

Come inserire/modificare i dati dei componenti del nucleo familiare

Dati Anagrafici

Nome Paolo
Cognome Lasagna
Nato/a il 28/09/1973
Sesso M
Codice fiscale xxxxxxxx*****H
Inclusione 01/07/2022
Esclusione 30/06/2023

Indirizzo via Verdi 2
00159 ROMA (RM)

IBAN xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Modifica

Familiari

⊕ Aggiungi Familiare



Guida

Scarica il PDF con le istruzioni per ottenere il rimborso.



Come attivare il convenzionamento diretto con la struttura

Scarica il PDF con le istruzioni ed i riferimenti per attivare la convenzione diretta.



Massimali

Controlla i massimali residui.



Contatti Customer Care

Visualizza i nostri contatti

Puoi accedere a questa sezione cliccando sull'icona "**Dati anagrafici**" posta nel menù in alto

Cliccando su "**Modifica**" puoi caricare e/o aggiornare i tuoi dati bancari.

Cliccando su "**Aggiungi familiare**" sarà possibile procedere con il caricamento dei dati anagrafici dei componenti del proprio nucleo familiare, se presente e acquistata la relativa opzione

Come utilizzare le prestazioni in caso di convenzionamento

Mutualitas con Marsh S.p.A. e la Compagnia di Assicurazioni hanno predisposto un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie gestito da MyRete. MyRete garantisce qualità ed efficienza delle prestazioni attraverso un network altamente selezionato di professionisti e strutture convenzionate.

Utilizzando le **strutture e l'equipe medica convenzionate è possibile** usufruire di vantaggi rilevanti:

- Nessun anticipo di denaro (fatto salvo quanto previsto dal Piano alle singole forme di assistenza) perché i pagamenti delle prestazioni avvengono direttamente tra Compagnia di Assicurazioni, Mutualitas e la struttura convenzionata; (nei limiti previsti dalla forma di assistenza)
- l'erogazione delle prestazioni avviene in tempi rapidi

L'eventuale **ricovero e/o prestazione extra ricovero** presso struttura convenzionata dovrà essere preventivamente autorizzato **almeno 3 giorni lavorativi prima**.

Per aggiornamenti e/o informazioni relativamente alle strutture convenzionate contattare la centrale operativa Mutualitas :



Il piano sanitario prevede anche la possibilità di utilizzare **strutture sanitarie non convenzionate**. Il rimborso delle spese sostenute avverrà secondo quanto previsto nella sezione successiva « Come richiedere i rimborsi »

Qui di seguito il link per visionare le strutture convenzionate con 

www.myrete.it

Attivazione di un convenzionamento diretto – step 1



IT EN DE

PAOLO LASAGNA

Mutualitas Soc. di Mutuo Soccorso

Copertura: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Seleziona copertura

Richiedi un convenzionamento

Richiedi un rimborso

Richiedi prestazione telemedicina



Guida

Scarica il PDF con le istruzioni per ottenere il rimborso.



Elenco delle prestazioni garantite

Scarica il PDF con il dettaglio delle prestazioni sanitarie garantite.



Come attivare il convenzionamento diretto con la struttura

Scarica il PDF con le istruzioni ed i riferimenti per attivare la convenzione diretta.



Massimali

Controlla i massimali residui.



Contatti Customer Care

Visualizza i nostri contatti

Per attivare un convenzionamento diretto, clicca su «Richiedi un convenzionamento» nella pagina iniziale della tua area riservata.



IT EN DE



Di cosa si tratta e come funziona

MyRete è il network di strutture sanitarie che ti permette di attivare l'assistenza diretta, cioè di effettuare prestazioni pagando solo la quota a tuo carico, senza dover anticipare l'intera spesa e successivamente chiedere il rimborso.

MyRete provvederà a saldare alla struttura la quota a carico della tua copertura sanitaria.

Puoi inviare la richiesta per utilizzare una struttura convenzionata seguendo la procedura online. Per ulteriori informazioni scarica il pdf con le istruzioni oppure contatta il servizio Customer Care.

Invia richiesta



Come attivare il convenzionamento diretto con la struttura

Scarica il PDF con le istruzioni ed i riferimenti per attivare la convenzione diretta.



Contatti Customer Care

Visualizza i nostri contatti

Attivazione di un convenzionamento diretto – step 2



Seguendo la procedura potrai richiedere l'attivazione dell'assistenza diretta, ovvero MyRete provvederà a pagare direttamente all'Istituto di Cura e ai medici convenzionati quanto ad essi dovuto. Eventuali franchigie e scoperti previsti dalla polizza rimarranno a carico dell'assicurato.

Quale prestazione intendi effettuare?

Tipo

RICOVERO CON / SENZA INTERVENTO

Descrizione

Ricovero

Dove desideri effettuarla?

Ricerca la struttura più vicina Indica il nome della struttura

Regione

Lombardia

Provincia

Milano

Indirizzo

via marconi 129

Cerca



Come attivare il convenzionamento diretto con la struttura

Scarica il PDF con le istruzioni ed i riferimenti per attivare la convenzione diretta.



Contatti Customer Care

Visualizza i nostri contatti

via marconi 129

1 I.R.C.C.S. POLICLINICO SAN DONATO S.P.A.

VIA MORANDI, 30, 20097 San Donato Milanese
tel: 02527741

Distanza: 191,49 km

Scegli e Prosegui

2 CENTRO CARDIOLOGICO MONZINO

VIA PAREA, 4, 20138 Milano
tel: 02580021

Distanza: 194,2 km

Scegli e Prosegui

3 ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA

VIA RIPAMONTI, 435/ VIA SAN LUCA,
20138 Milano

Dal menù a tendina seleziona il tipo di prestazione per cui intendi richiedere il convenzionamento diretto.

Se conosci già il nome della struttura, clicca su "Indica il nome della struttura".

Se non sai dove effettuare la prestazione, clicca su "Ricerca la struttura più vicina": il sistema di geolocalizzazione ti permetterà di consultare l'elenco delle strutture a te più vicine.

Una volta effettuata la scelta, clicca su «scegli e prosegui».

Attivazione di un convenzionamento diretto – step 3



IT EN DE



Concludi la tua richiesta

1. Se non hai ancora fissato un appuntamento, contatta la struttura selezionata e prenota la prestazione da effettuare **specificando di voler utilizzare il servizio di convenzionamento MyRete ed assicurandoti che il medico scelto abbia aderito alla convenzione.**

Ricorda che tra la richiesta di attivazione del convenzionamento diretto e la data della prestazione devono trascorrere **almeno tre giorni lavorativi**, a partire da domani.

2. Compila i campi seguenti, riportando i dati della prenotazione.

Struttura selezionata

I.R.C.S. POLICLINICO SAN DONATO S.P.A.
VIA MORANDI, 30, 20097 San Donato Milanese
Tel: 02527741

Prestazione selezionata

Tipo	RICOVERO CON / SENZA INTERVENTO
Descrizione	Ricovero

Assettivo

PAOLO LASAGNA

Descrizione pratica

Ti sarà utile per individuare la pratica e visualizzarne lo stato di avanzamento.

PAOLO LASAGNA - 14/11/2024

Diagnosi

Per diagnosi si intende la malattia, accertata o sospetta, indicata dal medico.

FARINGITE ACUTA

Dovrai sottoporli ad un intervento chirurgico?

Sì No

Descrizione della prestazione

Inserisci la tipologia di prestazione a cui dovrai sottoporli. Si precisa che saranno prese in carico unicamente le prestazioni di seguito indicate.

VISITA

Data prestazione

Inserisci la data di prenotazione concordata con la struttura sanitaria.

27/11/2024

Orario prestazione

Inserisci l'orario di prenotazione concordato con la struttura sanitaria.

08:00

Telefono Assettivo

Inserisci il numero di telefono sul quale vuoi essere contattato per eventuali comunicazioni.

+39 340000000

< indietro

avanti >



Come attivare il convenzionamento diretto con la struttura

Scarica il PDF con le istruzioni ed i riferimenti per attivare la convenzione diretta.



Contatti Customer Care

Visualizza i nostri contatti

! Per procedere con il convenzionamento diretto, devi aver già prenotato la prestazione presso la struttura che hai scelto.

Attivazione di un convenzionamento diretto – step 4



Allega la documentazione

Per completare la richiesta di convenzionamento online, effettua l'upload della seguente documentazione:

- Prescrizione medica completa di diagnosi e:
 - In caso di trattamento chirurgico o ricovero ospedaliero, se conseguente ad infortunio, allegare il referto del verbale di un eventuale accesso in pronto soccorso; se conseguente a malattia, allegare il referto della visita specialistica con l'indicazione dell'intervento chirurgico/ricovero da effettuare;
 - In caso di trattamenti fisioterapici, la prescrizione medica deve anche indicare il numero e la tipologia di trattamenti da effettuare e, se disponibile, allegare il documento di prenotazione emesso dalla struttura.
- Preventivo rilasciato dalla Struttura ospedaliera, solo in caso di ricovero/day hospital o intervento ambulatoriale; per le coperture integrative il preventivo dovrà riportare la quota del Fondo di categoria e la quota a carico assistito.
- Piano di cure dettagliato redatto dal dentista (solo in caso di prestazioni odontoiatriche).

Attenzione!

- Verificare di aver caricato tutti i documenti necessari alla valutazione della richiesta (es. prescrizione con diagnosi).
- I documenti di spesa originali dovranno essere conservati ed esibiti in caso di controllo.
- La dimensione massima di ciascun file è di 10 MB per le immagini e di 4 MB per i PDF.

[+ Aggiungi un file](#)

[< indietro](#)

[avanti >](#)



Come attivare il convenzionamento diretto con la struttura

Scarica il PDF con le istruzioni ed i riferimenti per attivare la convenzione diretta.



Contatti Customer Care

Visualizza i nostri contatti

Allega la documentazione richiesta dal sistema e procedi.

Attivazione di un convenzionamento diretto – step 5



IT EN DE



Riepilogo Pratica

Hai quasi terminato. Verifica i dati inseriti e clicca su "fine" per richiedere l'attivazione del convenzionamento diretto.

Struttura selezionata

I.R.C.C.S. POLICLINICO SAN DONATO S.P.A.
VIA MORANDI, 30, 20097 San Donato Milanese

Prestazione selezionata

Tipo	RICOVERO CON / SENZA INTERVENTO
Descrizione	Ricovero

Assistito	PAOLO LASAGNA
Descrizione della prestazione	VISITA
Data prestazione	27/11/2024 alle ore 08:00
Telefono Assistito	+39 3400000000
Documentazione	CGS Marsh.pdf

< indietro

fine >



Come attivare il convenzionamento diretto con la struttura

Scarica il PDF con le istruzioni ed i riferimenti per attivare la convenzione diretta.



Contatti Customer Care
Visualizza i nostri contatti

Verifica che il riepilogo proposto dal sistema sia corretto e clicca su "Fine"

La tua richiesta è ora completa e potrai monitorarne lo stato direttamente dal sito.

Come richiedere i rimborsi

Il sito internet <https://anmvi.mutualitas.it> permette al Socio di:

- Monitorare in real-time i dati inerenti la propria posizione;
- Modificare in qualunque momento i propri dati (per es. cambiare il proprio indirizzo o le coordinate bancarie);
- Effettuare le richieste di rimborso direttamente sul web e seguire tutto l'iter della pratica . Attraverso la denuncia on line, i tempi di lavorazione delle pratiche (ossia il tempo che passa da quando la pratica viene ricevuta e quando viene inviato l'ordine di bonifico alle Compagnia, escludendo quindi i tempi postali ed i tempi bancari) vengono notevolmente ridotti;
- Ricevere sms sul cellulare o e-mail in merito allo status delle pratiche (dalla ricezione alla lavorazione).

Inserimento di una pratica di rimborso – step 1



Inserimento di una nuova richiesta di rimborso

Ricorda che ogni pratica può contenere solo richieste di rimborso sostenute:

- dalla stessa persona
- per lo stesso tipo di prestazione
- per la stessa diagnosi^(*)

Nel caso in cui intendi richiedere il rimborso di spese mediche sostenute da/per persone diverse o dalla stessa persona per tipi diversi di prestazione o di diagnosi, è necessario compilare più pratiche.

^(*) Per diagnosi si intende la malattia, accertata o sospetta, indicata dal medico.

Periodo

Seleziona il periodo in cui sono state emesse le fatture relative all'evento.

01/10/2024 - 01/07/2026

Assistito

Per chi sono state sostenute le spese di cui si richiede il rimborso?

PAOLO LASAGNA

Descrizione pratica

Ti sarà utile per visualizzare lo stato di avanzamento della pratica.

PAOLO LASAGNA - 14/11/2024

avanti >



Guida

Scarica il PDF con le istruzioni per ottenere il rimborso.



Elenco delle prestazioni garantite

Scarica il PDF con il dettaglio delle prestazioni sanitarie garantite.



Come attivare il convenzionamento diretto con la struttura

Scarica il PDF con le istruzioni ed i riferimenti per attivare la convenzione diretta.



Massimali

Controlla i massimali residui.



Contatti Customer Care

Visualizza i nostri contatti

Puoi accedere a questa sezione cliccando su "Richiedi un rimborso" nella tua Home page.

Dovrai selezionare il periodo in cui è stata emessa la fattura/effettuata la prestazione e l'assistito a cui è riferita.

Il campo "descrizione pratica" è a tua disposizione e può essere liberamente compilato, con qualsiasi spiegazione ti possa essere utile in futuro per rintracciare la pratica nello storico.

Inserimento di una pratica di rimborso – step 2

Inserimento di una nuova richiesta di rimborso

PAOLO LASAGNA - 14/11/2024

Prestazione

Tipo

RICOVERO CON / SENZA INTERVENTO

Descrizione

Ricovero

Diagnosi

Per diagnosi si intende la malattia, accertata o sospettata, indicata dal medico.

Laringotracheite acuta

Fattura o documento di spesa

E' relativa al pagamento di un ticket SSN?

Sì No

Inserisci la data in cui è stato emesso il documento

06/11/2024

Inserisci il numero del documento

111

Inserisci l'importo del documento (includi il bollo, se presente).

€ 450

di cui, rimborsati da altro ente

€ 200

L'importo della fattura comprende anche il bollo?

Sì No

Medico/Centro

Seleziona il nome del medico o del centro che ha emesso il documento

Aggiungi Medico/Centro

Inserisci il nome del medico o del centro che ha emesso il documento

CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO

Inserisci la partita IVA di chi ha emesso il documento

01721030151

Medico Estero

[↑ annulla](#)

[< indietro](#)

[avanti >](#)



Guida

Scarica il PDF con le istruzioni per ottenere il rimborso.



Elenco delle prestazioni garantite

Scarica il PDF con il dettaglio delle prestazioni sanitarie garantite.



Come attivare il convenzionamento diretto con la struttura

Scarica il PDF con le istruzioni ed i riferimenti per attivare la convenzione diretta.



Massimali

Controlla i massimali residui.



Contatti Customer Care

Visualizza i nostri contatti

Dal menù a tendina seleziona il tipo di prestazione cui si riferisce la spesa per cui intendi chiedere il rimborso, la procedura automatica ti guiderà con domande specifiche.

Il campo "di cui rimborsati da altro ente" va compilato nel caso in cui parte della spesa sia già stata rimborsata da un altro ente: per esempio un fondo di categoria (FASI, QUAS, EST, FASDAC...) o un'altra polizza sanitaria. **In questo caso sarà necessario allegare, oltre alla fattura, il dettaglio di tale rimborso.**

Inserimento di una pratica di rimborso – step 3



IT EN DE

Inserimento di una nuova richiesta di rimborso

Riepilogo

Assistito PAOLO LASAGNA
Descrizione pratica PAOLO LASAGNA - 14/11/2024
Spesa 450,00 €

Dettagli

Ricovero [Modifica](#) [Elimina](#)
Data 06/11/2024
Numero 111
Spesa 450,00 €
Rimb. da altro ente 200,00 €
Medico/Centro CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO

Nel caso in cui intendi richiedere il rimborso di un documento di spesa sostenuto da/per persone diverse o dalla stessa persona per tipi diversi di prestazione o di diagnosi, è necessario compilare una nuova richiesta di rimborso.

[Aggiungi un nuovo documento di spesa](#)

[avanti >](#)



Guida

Scarica il PDF con le istruzioni per ottenere il rimborso.



Elenco delle prestazioni garantite

Scarica il PDF con il dettaglio delle prestazioni sanitarie garantite.



Come attivare il convenzionamento diretto con la struttura

Scarica il PDF con le istruzioni ed i riferimenti per attivare la convenzione diretta.



Massimali

Controlla i massimali residui.



Contatti Customer Care

Visualizza i nostri contatti

Una volta terminato l'inserimento di una richiesta verrà visualizzato un riepilogo di quanto inserito e ti verrà data la possibilità di:

- Modificarla o eliminarla
- Aggiungere una nuova fattura/documento di spesa relativo al medesimo evento
- Proseguire

E' importante mantenere sempre le coordinate bancarie aggiornate, motivo per il quale ti verrà chiesta una conferma, prima di finalizzare ogni richiesta di rimborso.

Inserimento di una nuova richiesta di rimborso

Conferma IBAN

IBAN IT78A*****13485

Attenzione!

Prima di inoltrare la richiesta di rimborso, verificare attentamente la correttezza delle coordinate bancarie. Inoltre ricordiamo che, per evitare che la banca respinga l'accredito, l'iban deve essere intestato e/o contestato al caponucleo, intestatario della copertura.

[Modificare i dati](#)

[< indietro](#)

[avanti >](#)

Inserimento di una pratica di rimborso – step 4



IT EN DE

Inserimento di una nuova richiesta di rimborso

Modalità di invio della documentazione



Caricamento online

L'invio della documentazione in formato digitale consente di risparmiare tempo e costi di spedizione. Sono ammessi file in formato PDF, jpg, png.



Invio cartaceo

Scegliendo la spedizione per posta ordinaria non sarà più possibile modificare la modalità di invio dei documenti.

< indietro



Guida

Scarica il PDF con le istruzioni per ottenere il rimborso.



Elenco delle prestazioni garantite

Scarica il PDF con il dettaglio delle prestazioni sanitarie garantite.



Come attivare il convenzionamento diretto con la struttura

Scarica il PDF con le istruzioni ed i riferimenti per attivare la convenzione diretta.



Massimali


Controlla i massimali residui.



Contatti Customer Care

Visualizza i nostri contatti

A questo punto, puoi scegliere la modalità per trasmettere la documentazione relativa alla spesa per cui hai richiesto il rimborso.

Cliccando su  «caricamento on line», ti verrà chiesto di effettuare l'upload di tutti i documenti relativi alla spesa per cui stai richiedendo il rimborso, a titolo di esempio:

- Prescrizione medica con diagnosi
- Fattura
- Ticket sanitario
- Cartella clinica
- Dettaglio liquidazione altro ente (es. FASI/FASDAC, QUAS..)
- ...



IT EN DE

Inserimento di una nuova richiesta di rimborso

Effettua l'upload dei file sul portale

Attenzione!

- Verificare di aver caricato tutti i documenti necessari alla valutazione della richiesta (es. documenti di spesa, prescrizione con diagnosi, cartella clinica...)
- I documenti di spesa originali dovranno essere conservati ed esibiti in caso di controllo.
- La dimensione massima di ciascun file è di 10 MB per le immagini e di 4 MB per i PDF.

➕ Aggiungi un file

< indietro



avanti >



Guida
Scarica il PDF con le istruzioni per ottenere il rimborso.



Elenco delle prestazioni garantite
Scarica il PDF con il dettaglio delle prestazioni sanitarie garantite.



Come attivare il convenzionamento diretto con la struttura
Scarica il PDF con le istruzioni ed i riferimenti per attivare la convenzione diretta.



Massimali
Controlla i massimali residui.



Contatti Customer Care
Visualizza i nostri contatti

Inserimento di una pratica di rimborso – step 5



IT EN DE

Inserimento di una nuova richiesta di rimborso

La richiesta è pronta per l'inoltro ai liquidatori e non saranno possibili ulteriori modifiche. Per procedere cliccare su "fine".

< indietro

fine >



Guida

Scarica il PDF con le istruzioni per ottenere il rimborso.



Elenco delle prestazioni garantite

Scarica il PDF con il dettaglio delle prestazioni sanitarie garantite.



Come attivare il convenzionamento diretto con la struttura

Scarica il PDF con le istruzioni ed i riferimenti per attivare la convenzione diretta.



Massimali

Controlla i massimali residui.



Contatti Customer Care

Visualizza i nostri contatti

La pratica di rimborso è ora completa!

Ricordiamo che, per chiarimenti in merito alle pratiche di rimborso spese mediche, è possibile contattare il customer care.

Documentazione necessaria ai fini del rimborso

Al fine di ricevere il **rimborso delle spese sostenute**, le richieste di rimborso devono **sempre** contenere la seguente documentazione:

- Documentazione medica fiscalmente valida (fatture, ricevute...), Mutualitas **non richiede gli originali ma liquida su fotocopie**;
- Certificato medico con indicazione della diagnosi;

Casi particolari o di dubbia interpretazione potrebbero comportare la necessità di richiedere documentazione aggiuntiva oltre quella sopra citata.

Riportiamo a seguire alcuni consigli al fine di istruire correttamente le richieste di rimborso.

Invitiamo a verificare esattamente quali sono le prestazioni per le quali si può chiedere rimborso, i relativi massimali e le eventuali franchigie/scoperti previsti, consultando il "Dettaglio garanzie".

Ricovero o Day Hospital a parziale o totale carico del Socio

Nel caso in cui gli oneri del ricovero siano parzialmente o totalmente a suo carico può chiedere il rimborso delle spese sostenute.

Ai fini del rimborso necessitiamo di:

- Copia della Cartella Clinica completa del ricovero;
- Copie delle fatture relative alle spese sostenute.

Ricordiamo inoltre che le spese antecedenti e successive al ricovero, relative alla medesima patologia, devono essere inoltrate in un'unica soluzione a fine cura unitamente alla Cartella Clinica.

Ricovero a totale carico del SSN

Nel caso in cui tutti gli oneri del ricovero siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale (degenza, equipe medica, sala operatoria ecc.) si può chiedere l'erogazione della garanzia Diaria. Si tratta di un'indennità, il cui importo è indicato nel "Dettaglio garanzie" allegato, per ogni giorno di ricovero.

Si fa presente che ai fini della quantificazione dell'importo dovuto vengono conteggiati i pernottamenti.

Ai fini del rimborso necessitiamo di:

- Copia della Cartella Clinica completa del ricovero;
- Copie delle fatture relative alle spese sostenute.

Ricordiamo inoltre che le spese antecedenti e successive al ricovero, relative alla medesima patologia, devono essere inoltrate in un'unica soluzione a fine cura unitamente alla Cartella Clinica.

Documentazione necessaria ai fini del rimborso

Intervento chirurgico ambulatoriale

In caso di piccoli interventi di chirurgia effettuati nell'ambulatorio medico, per i quali non viene rilasciata cartella clinica, ai fini del rimborso necessitiamo di:

- Prescrizione medica con indicazione della patologia;
- Copia della fattura;
- Scheda dell'intervento (breve relazione medica con indicazione di quanto effettuato).

Ricordiamo che sono escluse le prestazioni di carattere estetico, pertanto ove non si evinca, verrà richiesta documentazione medica che attesti il carattere funzionale dell'intervento.

In caso di interventi di asportazione di nei è necessario fornire l'esito dell'esame istologico.

In caso di interventi di varicectomie è necessario fornire l'esito dell'esame doppler.

Visite Specialistiche ed Alta diagnostica

La forma di assistenza prevede il rimborso di visite specialistiche a seguito di malattia od infortunio accertata o presunta e accertamenti di alta diagnostica (come da elenco)

Ai fini del rimborso di prestazioni effettuate necessitiamo di:

- Copia della prescrizione medica con indicazione della patologia accertata o sospetta che ha reso necessaria la prestazione (diagnosi);
- In caso di visite è possibile presentare certificato medico con diagnosi rilasciato dallo specialista in occasione della visita;
- Copia della fattura rilasciata dalla struttura presso cui sono stati effettuati gli accertamenti, con indicazione delle singole prestazioni eseguite ed i relativi costi.

In caso di prestazioni effettuate tramite il SSN si consiglia di fotocopiare la prescrizione con diagnosi prima effettuare la prenotazione presso l'ambulatorio convenzionato con il SSN poiché l'originale viene da loro trattenuto.

I certificati medici devono sempre riportare una chiara diagnosi, non sono ammesse al rimborso prestazioni mediche per le quali viene indicata la sola sintomatologia.

Per ogni liquidazione potranno essere richieste maggiori informazioni a supporto dell'insorgenza o manifestazione della malattia.