MUTUA SANITARIA INTEGRATIVA
INSIEME SALUTE

società di mutuo soccorso ets

Milano - Viale San Gimignano, 30/32

REGOLAMENTO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA PER IL PERSONALE DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO

Il regolamento entra in vigore l'01/04/2025 e scade il 31/03/2028 salvo proroga

NORME GENERALI

1. PERSONE ASSISTITE

1.1 L'assistenza è prestata in favore dei seguenti beneficiari in servizio attivo:

a) PTAB/CEL (collaboratori ed esperti linguistici, personale tecnico amministrativo e bibliotecario strutturato a tempo determinato e indeterminato), dirigenti, tecnologi di ricerca, comandati in entrata;

b) Personale Docente e Ricercatore: Ricercatori/Ricercatrici, Professori/Professoresse Associati/e e Ordinari/e;

c) Assegnisti/e, Dottorandi/e, Specializzandi/e: titolari di assegno di ricerca, Dottorandi/e con borsa di studio dell'Ateneo e Specializzandi/e con borsa di studio dell'Ateneo.

Sono escluse dal servizio attivo le aspettative non retribuite.

Le modalità di attivazione della copertura (collettiva o volontaria) e gli oneri a carico dell'Ateneo o del beneficiario sono definiti secondo quanto previsto ai successivi punti 1.2, 1.3, 1.4 e 1.5.

1.2 L'assistenza è automaticamente attivata a favore dei beneficiari di cui ai precedenti punti a) e b) con un imponibile contributivo attestato dalla Certificazione Unica dell'Ateneo fino a € 60.000,00, come da elenco trasmesso dall'Ateneo.

Gli oneri sono a totale carico dell'Ateneo.

1.3 L'assistenza può essere volontariamente attivata dai beneficiari di cui ai precedenti punti a) e b) conun imponibile contributivo attestato dalla Certificazione Unica dell'Ateneo da € 60.000,01 a € 100.000,00, come da elenco tramesso dall'Ateneo.

Gli oneri sono al 50% a carico del beneficiario e al 50% a carico dell'Ateneo.

1.4 L'assistenza può essere volontariamente attivata dai beneficiari di cui precedenti punti a) e b) con un imponibile contributivo attestato dalla Certificazione Unica dell'Ateneo da € 100.000,01, come da elenco tramesso dall'Ateneo.

Gli oneri sono a totale carico del beneficiario.

1.5 L'assistenza può essere volontariamente attivata dai beneficiari di cui al precedente punto c), indipendentemente dall'imponibile contributivo attestato dalla Certificazione Unica dell'Ateneo, come da elenco tramesso dall'Ateneo.

Gli oneri sono a totale carico del beneficiario.

1.6 L'assistenza può essere opzionalmente estesa, con oneri totalmente a carico del beneficiario, anche ai famigliari del personale di cui ai precedenti punti a) e b). Per famigliari si intendono sempre nel presente regolamento:

- coniuge fiscalmente a carico e non, convivente more uxorio, la parte dell'unione civile che non abbiano compiuto i 65 anni di età;
- figli fiscalmente a carico, anche non conviventi, fino al compimento dei 26 anni di età.

2. MODALITA' DI ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA

2.1 **Beneficiari con contributo a totale carico dell'Ateneo**

Per il PTAB/CEL, Personale Docente e Ricercatore con un imponibile contributivo attestato dalla Certificazione Unica dell'Ateneo fino a € 60.000,00, senza limiti di età, la copertura viene automaticamente attivata attraverso la stipula della convenzione tra Insieme Salute e l'Università degli Studi di Milano e la trasmissione del relativo elenco da parte dell'Ateneo a Insieme Salute. Il dipendente riceverà tramite e-mail la conferma di attivazione e l'informativa sul trattamento dei dati (D.lgs. 196/2003 e GDPR) e le indicazioni per registrarsi sul portale di Insieme Salute.

2.2 **Beneficiari con contributo totale o parziale a carico dell'interessato**

Il PTAB/CEL, Personale Docente e Ricercatore con un imponibile contributivo attestato dalla Certificazione Unica dell'Ateneo da € 60.000,01 e gli Assegnisti, Dottorandi e Specializzandi, indipendentement e dall'imponibile contributivo attestato dalla Certificazione Unica dell'Ateneo, possono richiedere l'attivazione della copertura, senza limiti di età, seguendo la procedura online messa a disposizione dell'Ateneo.

Le dichiarazioni che il beneficiario dovrà rilasciare in merito a nucleo familiare iscritto, carichi fiscali, trattamento dei dati, accettazione del regolamento, attivazione del pacchetto aggiuntivo, saranno raccolte dall'Ateneo che le terrà a disposizione di Insieme Salute per la durata del contratto.

L'Università trasmetterà a Insieme Salute l'elenco dei beneficiari che avranno attivato volontariamente la copertura. Il dipendente riceverà tramite e-mail la conferma di attivazione e l'informativa sul trattamento dei dati (D.lgs. 196/2003 e GDPR) e le indicazioni per registrarsi sul portale di Insieme Salute.

Famigliari

2.3 Tutti i beneficiari aderenti di cui ai precedenti punti a) e b) dell'articolo 1.1. possono estendere la copertura in favore dei propri famigliari seguendo la procedura online messa a disposizione dell'Ateneo. L'Università trasmetterà a Insieme Salute l'elenco dei familiari per cui i beneficiari avranno attivato volontariamente la copertura. Il beneficiario potrà visualizzare il profilo dei suoi familiari iscritti accedendo alla sua stessa area personale tramite portale online di Insieme Salute.

2.4 In caso di estensione della copertura ai famigliari, non è ammessa l'adesione parziale del nucleo familiare convivente, salvo il caso in cui siano presenti ultrasessantacinquenni o figli con più di 26 anni di età o famigliari già coperti da documentate altre forme mutualistiche o assicurative in campo sanitario.

2.5 Dopo l'adesione non ci sono più limiti di età per poter usufruire dell'assistenza (si veda successivo punto 7).

2.6 Il beneficiario di cui ai precedenti punti a) e b) dell'articolo 1.1. che aderisce singolarmente potrà, in un secondo tempo, iscrivere anche il proprio nucleo familiare, esclusivamente in occasione delle finestre annuali di adesione e nei casi di inclusione in corso d'anno di cui al punto 3.

3. ADESIONI IN CORSO D'ANNO

3.1 Fatto salvo quanto stabilito nei precedenti articoli, le inclusioni in corso d'anno di nuovi assistiti con costi a totale carico dell'Ateneo potranno avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

a) assunzione;
b) rientro in servizio attivo;

3.2 L'assistenza decorrerà dalle ore 00:00 della data di assunzione/rientro in servizio. Le nuove assunzioni saranno comunicate dall'Ateneo a Insieme Salute tramite e-mail entro la prima metà del mese successivo a quello di decorrenza.

3.3 Per quanto concerne tutte le adesioni facoltative, ivi comprese quelle dei familiari del personale, sarà possibile entrare in copertura unicamente alla decorrenza di ciascun anno successivo al primo, mediante procedura di adesione online che sarà messa a disposizione dell'Ateneo.

4. CESSAZIONI IN CORSO D'ANNO

4.1 Non sussistono ragioni di esclusione dell'assistito in corso d'anno. Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex dipendente e gli eventuali familiari iscritti verranno mantenuti in copertura fino alla prima scadenza annuale successiva alla data di cessazione del rapporto di lavoro.

5. CONTRIBUTI

5.1 Per il complesso delle prestazioni oggetto del presente regolamento, il corrispettivo annuo lordo pro capite per singolo aderente è il seguente:

Personale	*€ 239*
Coniuge, convivente more uxorio, parte dell'unione civile fino a 65 anni non compiuti	*€ 340*
Figlio fino a 14 anni non compiuti	*€ 170*
Figlio da 14 a 26 anni non compiuti	*€ 255*

5.2 I contributi, sia quelli a carico dell'Ateneo che quelli a carico del beneficiario, sono versati dall'Università a Insieme Salute con i tempi e le modalità definite nella convenzione.

6. DECORRENZA, SCADENZA, DISDETTA E VALIDITA'

6.1 L'assistenza per il Personale dell'Università e per le adesioni volontarie dei loro familiari ha effetto dalle ore 00.00 del 1/04/2025, salvo quanto previsto nel precedente punto 3, e scade alle ore 24.00 del 31/03/2028 salvo proroga.

6.2 L'assistenza si rinnova automaticamente di anno in anno salvo disdetta che l'interessato dovrà comunicare entro la fine di ciascuna finestra annuale di adesione tramite la procedura online messa a disposizione dell'Ateneo. L'assistito che esercita la facoltà di recesso annuale perde il diritto a rientrare in copertura fino al termine ultimo del contratto.

6.3 Le garanzie sono valide per prestazioni sanitarie eseguite in tutto il mondo salvo diverse specificazioni.

6.4 Il contratto ha la durata di 36 (trentasei) mesi. Alla scadenza del contratto l'assistenza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.
Prima della scadenza del contratto, l'Università potrà attivare l'opzione di proroga fino ad un massimo di ulteriori 36 (trentasei) mesi, fino al 31.03.2031, mediante singoli rinnovi annuali e previo accordo con Insieme Salute.
Pertanto, allo scadere di ciascun anno, sarà facoltà dell'Ateneo, previo accordo con Insieme Salute, prorogare il servizio di assistenza sanitaria per un ulteriore anno.

7. RINNOVO A TITOLO PRIVATO

7.1 Alla data di scadenza del contratto o alla scadenza della copertura individuale per fatto inerente al singolo assistito (ad esempio, pensionamento, cessazione anticipata del rapporto di lavoro con l'Università , compimento dei 26 anni per i figli) tutti gli aderenti, nel primo caso, o il singolo assistito, nel secondo caso, potranno volontariamente rinnovare l'adesione con oneri a proprio carico e con esplicita richiesta scritta a Insieme Salute.
La richiesta di prosecuzione dovrà avvenire senza soluzione di continuità e dovrà pervenire tramite email a Insieme Salute entro 30 giorni dal termine della copertura. Le nuove condizioni di adesione a titolo privato

saranno comunicate agli assistiti da Insieme Salute. La copertura potrà essere rinnovata a titolo privato senza alcun limite di età.

8. STRUTTURECONVENZIONATE

8.1 Insieme Salute dispone di una rete di strutture sanitarie e odontoiatriche convenzionate in forma diretta (d'ora in poi "rete") e in forma indiretta su tutto il territorio nazionale. L'elenco delle strutture convenzionate è in continuo aggiornamento. Accedendo all'area riservata del sito web www.insiemesalute.org è possibile trovare l'elenco sempre aggiornato. Per avere tutte le informazioni sulle strutture convenzionate l'Assistito può contattare il servizio di assistenza telefonica o di posta elettronica di Insieme Salute.

9. ASSISTENZA IN FORMADIRETTA

9.1 Per assistenza in forma diretta si intende la possibilità per l'assistito di recarsi presso le strutture convenzionate in forma diretta con Insieme Salute e usufruire delle prestazioni senza anticipare il costo delle stesse o pagando al momento dell'accettazione le sole quote a suo carico come previsto del presente regolamento.

9.2 Per accedere alle prestazioni in forma diretta con le strutture convenzionate l'assistito dovrà utilizzare la seguente procedura:

a) *Procedura di richiesta Presa in carico*

Per presa in carico si intende la comunicazione con la quale Insieme Salute si impegna, nei confronti della struttura sanitaria convenzionata, a farsi carico del pagamento degli importi relativi alle prestazioni prenotate come previsto del presente regolamento.

- L'Assistito prenota la prestazione presso la struttura sanitaria convenzionata.

ATTENZIONE: accertarsi al momento della prenotazione che il medico che effettua la prestazione sia convenzionato in forma diretta con Insieme Salute. Diversamente la struttura sanitaria non potrà accettare la presa in carico di Insieme Salute e la prestazione dovrà essere saldata interamente dall'assistito.

- L'Assistito comunica a Insieme Salute gli estremi della prenotazione:
  - nominativo Assistito
  - struttura convenzionata scelta
  - prestazione da eseguire
  - data e ora di esecuzione della prestazione
  - diagnosi (quando prevista)

  La comunicazione dei precedenti dati dovrà essere fatta:
  - telefonicamente contattando il numero dedicato
  - o inserendo i dati richiesti da apposita procedura predisposta sull'area riservata del sito web di Insieme Salute.

- Insieme Salute invia la presa in carico della prestazione alla struttura convenzionata e all'assistito.

N.B. La comunicazione dovrà essere effettuata almeno 3 giorni lavorativi prima della data di esecuzione della prestazione. Insieme Salute si impegna a comunicare l'esito della richiesta entro 24 ore prima dalla data programmata per la prestazione.

- In alternativa, Insieme Salute mette a disposizione dell'assistito un servizio di prenotazione, anche in lingua inglese, per le prestazioni erogate presso le strutture convenzionate in forma diretta. Il servizio è accessibile tramite piattaforma online o telefonicamente contattando il numero dedicato.

10. RIMBORSI

10.1 I rimborsi e le indennità previste vanno richiesti direttamente a Insieme Salute tramite caricamento dei documenti in formato elettronico dall'area riservata della piattaforma Cosmo di Insieme Salute. Non è richiesto l'invio di originali o copie in forma cartacea. In alternativa i rimborsi possono essere richiesti tramite fax allo 02.37052072, posta tradizionale a Insieme Salute – 20146 Milano – Viale San Gimignano, 30/32 o consegnati a mano presso gli uffici di Insieme Salute siti in Milano Viale San Gimignano, 30/32.

10.2 Le liquidazioni avverranno entro 30 giorni solari dal ricevimento della documentazione completa con bonifico bancario sul c/c dell'Assistito.

10.3 I rimborsi di Insieme Salute sono integrativi di eventuali rimborsi dovuti dalle ASL o da altri enti mutualistici o da compagnie di assicurazione per i quali gli Assistiti devono fare regolare richiesta.

10.4 In occasione della prima richiesta di rimborso l'Assistito comunicherà a Insieme Salute tramite l'area web riservata o la APP le coordinate bancarie per l'accredito dei rimborsi.

10.5 Il diritto a richiedere i rimborsi e le indennità si prescrive decorsi 365 giorni dalla data in cui sono state effettuate le prestazioni.

11. DOCUMENTAZIONE E CONTROLLI

Insieme Salute si riserva la facoltà di richiedere ogni documentazione utile per procedere all'erogazione delle assistenze a norma del presente regolamento. L'Assistito deve consentire eventuali controlli medici disposti da Insieme Salute in relazione alle richieste di assistenza.

12. CARD SALUTE ELETTRONICA

Soltanto presentando il tesserino, non scaduto, fornito da Insieme Salute, l'Assistito potrà ottenere dalle strutture convenzionate le condizioni di miglior favore concordate in convenzione. Il tesserino è un documento personale che non può essere ceduto e che va esibito unitamente ad un documento di riconoscimento. Il tesserino potrà essere scaricato e stampato accedendo all'area web riservata del sito di Insieme Salute o visualizzato sullo smartphone utilizzando l'applicazione mobile di Insieme Salute.

PRESTAZIONI

L'assistenza è operante in caso di malattia, infortunio, gravidanza e prevenzione con le modalità e limitazioni specificate nel presente regolamento.

13. PRESTAZIONI AMBULATORIALI

13.1 TICKET (compartecipazione alla spesa del SSN)

L'Assistito ha diritto al rimborso del 100% dei ticket (compresa la "quota aggiuntiva regionale") corrisposti alle strutture sanitarie pubbliche o private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale per: visite specialistiche, esami di laboratorio (esami sangue, urine, feci, pap test, ecc.), diagnostica strumentale e alta diagnostica (rx, ecografie, tomografie, elettrocardiogrammi di ogni genere, endoscopie, tac, risonanze magnetiche, medicina nucleare, moc, PET, ecc.), terapie fisioterapiche e riabilitative, interventi chirurgici ambulatoriali, prestazioni di pronto soccorso, day hospital, day surgery, prestazioni di odontoiatria, ortodonzia.

Sono rimborsabili anche i ticket pagati per prestazioni finalizzate alla prevenzione.
Non ci sono massimali, né minimi rimborsabili, né franchigie.

Norme per ottenere la prestazione

- L'Assistito può richiedere il rimborso inviando a Insieme Salute la copia del ticket a lui intestato,

contenente la data, il soggetto erogatore della prestazione, il dettaglio delle prestazioni sanitarie eseguite, l'importo. Il documento dovrà indicare, in maniera inequivocabile, che trattasi di ticket.
Non è richiesta la prescrizione medica per l'erogazione dell'assistenza.

13.2 ALTA DIAGNOSTICA PRIVATA

L'Assistito ha diritto alla copertura delle prestazioni di alta diagnostica eseguite privatamente in tutti i seguenti ambiti:

- diagnostica strumentale e per immagini (es.: tac, pet, rmn, rx, ecografie, angiografie, arteriografie, flebografie, endoscopie, ortopantomografia, MOC e densitometrie, ecc.);
- esami citologici, istologici, biopsie, immunoistochimici;
- radiologia;
- diagnostica vascolare (es.: doppler, ecodoppler, ecocolordoppler, ecc);
- cardiologia (es.: ecg, holter, test ergonomici, ecc.);
- medicina nucleare (es.: scintigrafie, PET);
- neurologia (es.: elettroencefalogramma, polisonnografia, ecc.);
- oculistica (es.: campimetria, fluorangiografia, elettromiografia);
- otorinolaringoiatria;
- pneumologia.

Massimale annuo

Le prestazioni di alta diagnostica privata sono assistite fino a un massimo di €7.000 per anno e per persona, elevato ad € 9.000 per cure oncologiche, dialisi, terapie pre-trapianti e neuro-riabilitazione.

Norme per ottenere la prestazione

- La prestazione è fornita *in forma diretta* in rete con franchigia di 25 € per ciascuna prestazione. Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

- La prestazione è fornita *in forma diretta,* senza franchigia, presso le sedi della LILT – Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori Provincia di Milano, Monza e Brianza.

- L'assistenza è garantita *in forma rimborsuale* presso qualsiasi struttura sanitaria non convenzionata con l'applicazione di uno scoperto del 10 % con minimo non indennizzabile di 40 € per ogni esame.

  L'Assistito può richiedere il rimborso inviando a Insieme Salute la copia della fattura o parcella o altro documento di spesa a lui intestato, contenente la data, il soggetto erogatore della prestazione, il dettaglio delle prestazioni sanitarie eseguite, l'importo di ciascuna prestazione e la copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

13.3 VISITE SPECIALISTICHE PRIVATE

Ogni Assistito può usufruire di 20 visite specialistiche private all'anno tra quelle di seguito elencate:
algologica, allergologica, andrologica, anestesiologica, angiologica, cardiochirurgica, cardiologica, chirurgia plastica, chirurgica, chirurgica maxillo facciale, dermatologica, diabetologica, dietologica, ematologica, endocrinologica, epatologica, fisiatrica, foniatrica, gastroenterologica, ginecologica, gnatologica, internistica, medicina nucleare, nefrologica, neurochirurgica, neurologica, oculistica, oncologica, ortopedica, ostetrica, otorinolaringoiatrica, pediatrica, pneumologica, proctologica, reumatologica, senologica, traumatologica, urologica.

Norme per ottenere la prestazione

- La prestazione è fornita *in forma diretta* in rete con franchigia di 15 € per ciascuna prestazione. Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

- La prestazione è fornita *in forma diretta,* senza franchigia, presso le sedi della LILT – Lega Italiana per la

Lotta contro i Tumori Provincia di Milano, Monza e Brianza.

- L'assistenza è garantita *in forma rimborsuale* presso qualsiasi struttura sanitaria non convenzionata con l'applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di 40 € a prestazione e con un rimborso massimo di 120 € a visita.

  L'Assistito può richiedere il rimborso inviando a Insieme Salute la copia della fattura o parcella o altro documento di spesa a lui intestato, contenente la data, il soggetto erogatore della prestazione, il dettaglio delle prestazioni sanitarie eseguite, l'importo di ciascuna prestazione e la copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

14. AREA RICOVERO

In caso di ricovero in struttura pubblica o privata italiana con o senza intervento chirurgico, l'assistito avrà diritto ad un'indennità di € 60 per ogni giorno di ricovero.
Il giorno di ingresso e quello delle dimissioni verranno computati, ad ogni effetto, come una sola giornata di degenza.
La garanzia è prevista anche per ricoveri in day-hospital per chemioterapia, radioterapia e dialisi.
È assistibile il ricovero in ospedale, clinica, istituto universitario o casa di cura autorizzato dalle competenti autorità all'erogazione dell'assistenza.

Norme per ottenere la prestazione

- L'Assistito può richiedere l'indennità giornaliera inviando il certificato di degenza dell'ospedale con evidenziata la data di ricovero, quella di dimissione, la diagnosi medica circostanziata.

15. PRESTAZIONI PER NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA

Le prestazioni di cui ai punti 15.1 e 15.2 sono erogati in caso di sopravvenuto stato di non autosufficienza temporanea causata da malattia o infortunio. Lo stato di non autosufficienza temporaneo è riferibile all'impossibilità fisica, totale, temporanea e clinicamente accertata di poter compiere in maniera autosufficiente almeno tre dei seguenti atti elementari del vivere quotidiano: nutrirsi, lavarsi, vestirsi e svestirsi, essere continenti, usare correttamente i servizi igienici, spostarsi.

15.1 ASSISTENZA NOTTURNA E DIURNA OSPEDALIERA

L'Assistito degente in ospedale o casa di cura in Italia, ad esclusione dei reparti di lungodegenze, ha diritto ad usufruire di prestazioni di sorveglianza e aiuto che non rientrano per legge, contratto di lavoro o regolamento interno, nelle competenze proprie del personale sanitario e parasanitario dell'istituto di cura.

L'assistenza è prestata in caso di ricovero per malattia o infortunio, per un massimo di 100 ore per anno e per persona.

L'assistenza diurna è erogata in turni minimi di tre ore consecutive. L'assistenza notturna è erogata in turni minimi di otto ore consecutive.

Le prestazioni assistenziali sono effettuate da personale professionale di enti a ciò abilitati e autorizzati da Insieme Salute.

Norme per ottenere la prestazione

- L'assistenza è prestata in forma diretta con modalità di prenotazione.
- L'assistenza ospedaliera viene esclusivamente prestata per i ricoveri presso istituti autorizzati come ospedali o case di cura in Italia. È sempre esclusa l'assistenza per ricoveri in case di riposo o simili e nei reparti di lungodegenza.

- L'assistenza è erogata soltanto se autorizzata dal personale sanitario responsabile del reparto ove è ricoverata la persona da assistere. L'autorizzazione scritta deve essere consegnata al personale che si presenterà per assistere il degente. In mancanza di tale autorizzazione non potrà essere prestata alcuna assistenza.

15.2 ASSISTENZA NOTTURNA E DIURNA POST RICOVERO

L'Assistito che per malattia o infortunio necessita di assistenza domiciliare post ricovero può farne richiesta entro 15 giorni dalle dimissioni e usufruire di prestazioni di sorveglianza o ausilio contattando il servizio di prenotazione di Insieme Salute.

La copertura è prevista per un massimo di 60 ore per anno e per persona.

L'assistenza diurna è erogata in turni minimi di tre ore consecutive. L'assistenza notturna è erogata in turni minimi di otto ore consecutive. La garanzia è attiva su tutto il territorio italiano.

Le mansioni delle persone incaricate ad erogare assistenza domiciliare sono tutte quelle atte a dare sollievo e cura all'Assistito nel suo ambiente domestico; è prevista anche una cura del domicilio che sia legata ad un mantenimento dello stato di igiene nel minimo indispensabile.

A titolo esemplificativo e non limitativo, l'erogazione di Assistenza Domiciliare consiste in:
sorveglianza generica, anche con accompagnamento; fare compagnia; curare la persona anche con intervento igienico personale, con sollevamento da letto o poltrona e ricollocazione; supportare l'Assistito nelle relazioni esterne e per commissioni di vario tipo, escludendo l'uso di un mezzo proprio dell'operatore anche per trasporti all'Assistito, fare la spesa ed eseguire inderogabili commissioni semplici (posta, banca e simili); preparare e somministrare pasti.

Sono inoltre compresi gli interventi di tipo socio-sanitario effettuati a domicilio dell'Assistito da medici, infermieri e/o da professionisti con la qualifica di O.S.S. quali:
cure relative ai bisogni dell'Assistito nelle attività di vita quotidiana in un contesto più o meno prevedibile; controllo dei parametri vitali e del bilancio idrico; preparazione, distribuzione e somministrazione dei medicamenti per via orale, topica, oftalmica, auricolare, nasale, rettale, vaginale e aerosol; preparazione e somministrazione dei medicamenti per via intradermica, sottocutanea, intramuscolare ed endovenosa (in una via venosa già in sito); cura e sorveglianza dell'utente portatore di sondino o PEG già in sito compresa somministrazione alimentazione; cura della ferita e terapia; cura e sorveglianza dell'utente portatore di colostomia e urostomia; esecuzione di prelievi di liquidi biologici a scopo diagnostico e uso di reagenti (uricult, glicemia, ecc); esecuzione di medicazioni secche e umide; cura e sorveglianza dell'utente in ossigeno terapia; aspirazione buccofaringea; cura e sorveglianza degli utenti portatori di apparecchi ortopedici; esecuzione di bendaggi e uso di calze elastiche anche in caso di utenti in post-operatorio e amputazione, valutazione del dolore, cura e sorveglianza dell'utente diabetico esclusa la pedicure.

Sono escluse le richieste all'Assistente A.S.A. e/o O.S.S.:
- affinché si interponga all'Assistito o lo sostituisca in operazioni di carattere economico;
- che possano mettere l'Assistente stesso in situazioni di responsabilità che non siano di sua competenza.

Norme per ottenere la prestazione

- L'assistenza è prestata in forma diretta con modalità di prenotazione.

16. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE E ORTODONTICHE PRIVATE

16.1 *ACCESSO ALLA RETE: TARIFFARIO AGEVOLATO E PRIMA VISITA GRATUITA*

L'Assistito può accedere alla rete di strutture odontoiatriche convenzionate e all'applicazione di un tariffario concordato e controllato sulle prestazioni effettuate.

L'Assistito ha diritto, presso le strutture odontoiatriche convenzionate, ad una prima visita gratuita con la stesura del piano di cure e del preventivo.

Norme per ottenere la prestazione

- La prestazione è fornita in forma diretta.

16.2 ABLAZIONEDELTARTARO

L'assistito ha diritto all'assistenza fino a due ablazioni del tartaro all'anno per persona come di seguito specificato:

Norme per ottenere la prestazione

- L'assistenza è erogata in forma diretta in rete fino a due ablazioni del tartaro per anno e per persona, senza franchigia a carico dell'assistito;

- L'assistenza è erogata in forma rimborsuale presso strutture non convenzionate fino a una ablazione del tartaro per anno e per persona rimborsata fino a un massimo di 30 €.
  L'Assistito può richiedere il rimborso inviando a Insieme Salute la copia del documento di spesa. La fattura deve indicare il tipo di prestazione effettuata.

16.3 IMPIANTI ENDOSSEI, DEVITALIZZAZIONI, ESTRAZIONI E CORONE

L'Assistito ha diritto all'assistenza di 1 impianto endosseo all'anno per persona come sotto specificato:

- in forma diretta in rete fino a un massimale di € 450 per anno e per persona.
- in forma rimborsuale presso strutture non convenzionate fino a un massimale di € 350 per anno e per persona.

Nel caso in cui lo stesso piano di cura preveda più impianti endossei, sono assistiti ulteriori 3 impianti con estrazione e devitalizzazione pre impianto, se previste, e relative corone entro i massimali specificati nel seguente schema (le prestazioni devono far parte di un unico piano di cura):

- 2° impianto: € 450 + devitalizzazione € 50 + estrazione € 50 e corona € 100
- 3° impianto: € 600 + devitalizzazione € 50 + estrazione € 50 e corona € 300
- 4° impianto: € 750 + devitalizzazione € 50 + estrazione € 50 e corona € 400

In caso di impianti endossei resi necessari in seguito a evento traumatico certificato da Pronto Soccorso, il massimale annuo a persona è elevato a 4.000 € con rimborso di € 1.000 per ogni impianto endosseo. In questo caso la documentazione del pronto soccorso dovrà essere inviata a Insieme Salute entro 3 giorni dal verificarsi dell'evento.

Norme per ottenere la prestazione

- Per attivare l'assistenza, l'interessato dovrà comunicare preventivamente a Insieme Salute l'inizio delle cure e richiedere l'autorizzazione via mail all'indirizzo assistenza.unimi@insiemesalute.org , allegando alla richiesta il preventivo, con timbro e firma del medico odontoiatra, contenente il dettaglio delle prestazioni da eseguire. Alla richiesta dovrà essere altresì allegata l'ortopantomografia pre-trattamento, che riporti la data di esecuzione; la stessa non dovrà essere anteriori a 30 giorni rispetto alla data del preventivo e precedente alla data di adesione a Insieme Salute.
  In caso di evento traumatico l'interessato dovrà inviare anche copia della lettera di dimissioni dal pronto soccorso indicante le motivazioni del trauma.

- Insieme Salute entro 3 giorni lavorativi rilascerà l'autorizzazione all'assistenza ovvero il diniego motivato o richiederà all'Assistito eventuale documentazione mancante.

- Per ottenere il rimborso al termine delle cure l'Assistito dovrà inviare copia del documento di spesa con

l'indicazione di tutte le prestazioni effettuate e del dente oggetto della prestazione, l'ortopantomografia finale, nonché copia del passaporto implantare e certificato di conformità della protesi definitiva.

16.4 ORTOPANTOMOGRAFIA (PANORAMICA TOTALE)

L'Assistito ha diritto all'assistenza gratuita delle due ortopantomografie effettuate prima e dopo l'impianto endosseo effettuato in rete e assistito da Insieme Salute.

Norme per ottenere la prestazione

- La prestazione è fornita in forma diretta in rete, senza franchigie a carico dell'Assistito.

16.5 OTTURAZIONI

L'Assistito ha diritto all'assistenza delle otturazioni effettuate in rete senza limiti di numero, né massimali.

Norme per ottenere la prestazione

- La prestazione è fornita in forma diretta in rete senza franchigia a carico dell'assistito.
- Per attivare l'assistenza, l'interessato dovrà comunicare preventivamente a Insieme Salute l'inizio delle cure e richiedere l'autorizzazione allegando alla richiesta il preventivo, con timbro e firma del medico odontoiatra, contenente il dettaglio delle prestazioni da eseguire.
- Insieme Salute entro 3 giorni lavorativi rilascerà l'autorizzazione all'assistenza ovvero il diniego motivato o richiederà all'Assistito eventuale documentazione mancante.

16.6 TRATTAMENTI ORTODONTICI FISSI E MOBILI

L'Assistito ha diritto all'assistenza per cure ortodontiche.

Norme per ottenere la prestazione

- La prestazione è fornita in forma diretta in rete fino a un massimale di € 500 per anno e per persona.
- La prestazione è fornita in forma rimborsuale presso strutture non convenzionate fino a un massimale di € 350 per anno e per persona.
- Per attivare l'assistenza, l'interessato dovrà comunicare preventivamente a Insieme Salute l'inizio delle cure e richiedere l'autorizzazione via mail all'indirizzo assistenza.unimi@insiemesalute.org, allegando alla richiesta un referto ortodontico, con timbro e firma del medico ortodontista, contenente la descrizione in dettaglio del trattamento da eseguire e la durata prevista dello stesso.
- Insieme Salute entro 3 giorni lavorativi rilascerà l'autorizzazione all'assistenza ovvero il diniego motivato o richiederà all'Assistito eventuale documentazione mancante.
  L'autorizzazione sarà riferita ad un massimo di un anno di cura (12 mesi effettivi dall'inizio delle cure). In caso di cure che si protraggano oltre il primo anno di cura autorizzato, sarà necessario, allo scadere dell'autorizzazione del primo anno di cura, richiedere una nuova autorizzazione allegando relazione scritta con timbro e firma del medico ortodontista relativa allo stato di avanzamento della cura.
- Per ottenere il rimborso al termine delle cure l'Assistito dovrà inviare copia del documento di spesa con l'indicazione del trattamento effettuato. In caso di cure di durata superiore a un anno, il documento dovrà riportare l'anno di cura cui si riferisce (Esempio: 1° anno, 2° anno, ecc.).

16.7 CURE PROTESICHE

L'Assistito ha diritto all'assistenza di una protesi mobile totale (entrambe le arcate) con un rimborso di € 500 per arcata.

Norme per ottenere la prestazione

- La prestazione è fornita *in forma diretta* in rete;
- Per attivare l'assistenza, l'interessato dovrà comunicare preventivamente a Insieme Salute l'inizio delle cure e richiedere l'autorizzazione via mail all'indirizzo assistenza.unimi@insiemesalute.org, allegando alla richiesta il preventivo, con timbro e firma del medico odontoiatra, contenente il dettaglio delle prestazioni da eseguire. Alla richiesta dovrà essere altresì allegata l'ortopantomografia pre-trattamento riportante la data di esecuzione, la stessa non dovrà essere anteriore a 30 giorni rispetto alla data del preventivo e precedente alla data di adesione a Insieme Salute.
- Entro 3 giorni lavorativi Insieme Salute rilascerà l'autorizzazione all'assistenza ovvero il diniego motivato o richiederà all'Assistito eventuale documentazione mancante. Insieme Salute invierà allo studio odontoiatrico la relativa presa incarico.
- La prestazione può essere assistita una sola volta.

16.8 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI

L'Assistito ha diritto all'assistenza dei seguenti interventi chirurgici odontoiatrici, fino a un massimale di € 1. 000 per anno e per persona, senza applicazione di scoperti e/o franchigie:
Adamantinoma; cisti follicolari; cisti radicolari; neoplasie osseemandibolo/mascellari; osteiti mascellari; odontoma.

Norme per ottenere la prestazione

- La prestazione è fornita in forma rimborsuale in strutture convenzionate.
- Per attivare l'assistenza, l'interessato dovrà comunicare preventivamente a Insieme Salute la data prevista per l'intervento e richiedere l'autorizzazione via mail all'indirizzo assistenza.unimi@insiemesalute.org , allegando alla richiesta copia della refertazione medica completa di diagnosi ed indicazione dell'intervento, nonché l'ortopantomografia o altra diagnostica per immagini, completa di refertazione.
- Per ottenere il rimborso al l'Assistito dovrà inviare copia del documento di spesa conl'indicazione di tutte le prestazioni effettuate e l'ortopantomografia post-intervento o altra diagnostica per immagini.

16.9 LIMITI ALL'ASSISTENZA

- Per tutte le prestazioni del presente punto 16 l'assistenza potrà essere concessa soltanto se l'inizio del trattamento, il termine dello stesso e l'emissione della fattura di saldo, sono avvenuti durante il periodo di iscrizione dell'Assistito a Insieme Salute.
- Non sono rimborsabili le fatture di acconto.
- É escluso dall'assistenza ogni tipo di bite.

17. *LENTI E OCCHIALI*

L'Assistito può usufruire del rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di lenti e occhiali per difetti visivi sia da vicino che da lontano in caso di cambio visus.

Il rimborso è erogato fino a un massimale di € 120 per anno e per persona. Il rimborso viene concesso ogni 12 mesi. Una volta erogata la prestazione, la stessa potrà essere nuovamente richiesta dopo che siano trascorsi 12 mesi dall'ultima fattura rimborsata.

Norme per ottenere la prestazione

- Per ottenere il rimborso l'Assistito dovrà presentare:
  - copia della fattura dell'ottico regolarmente intestata. La fattura dovrà indicare la tipologia di lente acquistata (monofocale, bifocale, progressiva, ecc.), la correzione del difetto visivo (Sfera, Asse, Cilindro e addizionali) e il dettaglio degli importi spesi per le lenti oftalmiche ed eventuali montature.
  - prescrizione del medico oculista o certificazione dell'ottico optometrista conl'indicazione della modifica del visus e del difetto da correggere anche espresso in sfera, asse, cilindro. Non potranno essere accettate prescrizioni con diciture generiche quali "miopia", "astigmatismo", ecc. La prescrizione non dovrà avere una data anteriore a 12 mesi rispetto a quella dell'acquisto delle lenti;
  - certificato di conformità delle lenti rilasciato dall'ottico, come da D.Lgs. del 24/02/97 n.46 (non richiesto per lenti a contatto).

Sono rimborsabili le lenti graduate fotocromatiche (occhiali da sole graduati).
Non sono rimborsabili le spese per l'acquisto delle sole montature.
Sono esclusi dal rimborso gli occhiali da sole e gli occhiali subacquei.

L'assistito ha diritto ad accedere alle tariffe agevolate applicate ai soci di Insieme Salute in tutti i punti vendita Grandvision e Salmoiraghi&Viganò. Per accedere alle agevolazioni è necessario registrarsi all'apposita piattaforma accessibile tramite l'area riservata di Insieme Salute (sezione "Vantaggi per i soci").

18. PACCHETTO GRAVIDANZA

L'Assistita ha diritto alla copertura delle seguenti prestazioni relative allo stato di gravidanza: ecografie di controllo, bitest/translucenza nucale, test del DNA fetale, amniocentesi, villocentesi, analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza, visite specialistiche ginecologiche e ostetriche di controllo sull'andamento della gravidanza, una visita ginecologica di controllo dopo il parto.

Le prestazioni sono coperte fino a un massimale di € 600 per anno e per persona.

Norme per ottenere la prestazione

- Le prestazioni sono rimborsate al 100% se effettuate tramite Servizio Sanitario Nazionale (ticket sanitario).
- Le prestazioni sono assistite in forma diretta, senza scoperti e franchigie, se effettuate presso strutture convenzionate.
- Le prestazioni sono rimborsate al 100% se effettuate privatamente presso strutture non convenzionate.
- Per richiedere il rimborso è necessario inviare la copia della fattura contenente il nominativo dell'Assistita, la data, il soggetto erogatore della prestazione, il dettaglio delle prestazioni sanitarieeseguite, l'importo per ciascuna prestazione. In occasione della prima richiesta è necessario inviare copia del certificato che attesti lo stato di gravidanza.

19. PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

L'Assistito ha diritto al rimborso delle protesi ortopediche e acustiche, ivi compresi gli apparecchi acustici.

Il rimborso è erogato fino a un massimale di € 1.000 per anno e per persona.

Norme per ottenere la prestazione

- L'assistenza è prestata in forma rimborsuale presso qualsiasi struttura con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 70 per fattura.
- Per richiedere il rimborso è necessario inviare la copia della fattura contenente il nominativo dell'Assistito, la data, il soggetto erogatore della prestazione, il dettaglio delle prestazioni sanitarieeseguite, l'importo per ciascuna prestazione.

20. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIABILITATIVI

L'Assistito ha diritto a un ciclo (fino a 12 sedute) di fisioterapia all'anno a seguito di ricovero e/o infortunio certificato dall'accesso al Pronto Soccorso.

Norme per ottenere la prestazione

- La prestazione è erogata in forma rimborsuale presso strutture convenzionate.

- Per richiedere il rimborso l'Assistito dovrà inviare:

- Copia della lettera di dimissione rilasciata dall'ente ospedaliero o verbale di Pronto Soccorso attestante l'infortunio.
- Copia della prescrizione medica del medico di base o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente la patologia da trattare contenente l'indicazione dei trattamenti da eseguire (es. fisiokinesiterapia, ultrasuoni, laser, tecarterapia, elettroterapia, onde d'urto, ecc.).
- Copia della fattura contenente il nominativo dell'Assistito, la data, il soggetto erogatore della prestazione, il dettaglio delle prestazioni sanitarie eseguite, l'importo per ciascuna prestazione.

Limitazioni

Le prestazioni dovranno essere effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Le prestazioni devono essere effettuate e fatturate entro 6 mesi dalle dimissioni o dall'infortunio certificato dal Pronto Soccorso.

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

21. PACCHETTO PEDIATRICO

Gli assistiti con età tra 0 e 14 anni non compiuti hanno diritto alle seguenti prestazioni.

21.1 PACCHETTO DI PREVENZIONE PEDODONTICA

L'Assistito che alla data di effettuazione delle prestazioni risulti di età inferiore ai 14 anni ha diritto alle seguenti assistenze di prevenzione pedodontica:

- visite pedodontiche con insegnamento delle adeguate manovre di igiene orale domiciliare e consigli nutrizionali per ridurre il rischio (senza massimali annui);
- ablazioni del tartaro (senza massimali annui);
- sigillature dei solchi (senza massimali annui);
- fluoroprofilassi (1 anno/persona);
- ortopantomografie (senza massimali annui).

Norme per ottenere la prestazione

- Le prestazioni sono assistibili in forma diretta in rete senza franchigia a carico dell'assistito.

21.2 PACCHETTI PEDIATRICI SPECIFICI

Ogni assistito, secondo i casi e l'età, potrà usufruire ogni anno di uno a scelta tra i seguenti pacchetti pediatrici da effettuare presso le strutture convenzionate, in forma diretta, senza franchigia a carico dell'assistito.

DA 0 A 3 MESI

ECOGRAFIA DELL'ANCA NEONATALE

DA 3 MESI A 2 ANNI

VISITA OTORINOLARINGOIATRICA CON TEST AUDIOMETRICO

DA 2 A 4 ANNI SCREENING OCULISTICO
VISITA OCULISTICA
TONOMETRIA
FUNDUS OCULI

DA 2 A 4 ANNI SCREENING CELIACHIA
EMOCROMO COMPLETO CON FORMULA
ANTICORPI ANTI ENDOMISIO (EMA)
ANTICORPI ANTITRANSGLUTAMINASI

DA 12 A 14 ANNI
VISITA ENDOCRINOLOGICA
VISITA ORTOPEDICA

Norme per ottenere la prestazione

- Le prestazioni sono assistibili in forma diretta in rete senza franchigia a carico dell'assistito.

22. PROGRAMMI DI DIAGNOSI PRECOCE E PREVENZIONE PERSONALIZZATI

22.1 DIARIO DEI CONTROLLI

Ciascun Assistito maggiorenne può accedere gratuitamente, secondo le periodicità consigliate, a tutte le prestazioni di diagnosi precoce e prevenzione previste dal suo personale "Diario dei controlli" attivabile attraverso la piattaforma di Insieme Salute dal menu Servizi – Guida alla Prevenzione - Conoscere e Prevenire".

Norme per accedere alle prestazioni

- Le prestazioni consigliate e calendarizzate dal Diario dei controlli sono erogate in forma diretta in rete, o con rimborso del ticket sanitario (SSN), senza massimali annui e senza franchigia a carico dell'Assistito.
- Per accedere alle prestazioni è necessario attivare il "Diario dei controlli" e seguire la procedura di seguito descritta.

22.2 PREVENZIONE ONCOLOGICA

a) Attivazione del "Diario dei controlli"

L'Assistito deve accedere alla piattaforma di Insieme Salute (Servizi – Guida alla Prevenzione – Conoscere e Prevenire) e compilare il primo questionario online di auto-profilazione, inserendo i dati richiesti (età, ultimi controlli effettuati, abitudini e stile di vita, ecc.). Al termine della compilazione, viene elaborato un programma di diagnosi precoce e prevenzione oncologica personalizzato con il dettaglio delle visite e degli esami di controllo e relativa periodicità consigliata in base al genere, all'età, e allo stile di vita. Cliccando sul bottone "Attiva Diario", i controlli vengono automaticamente calendarizzati secondo le periodicità consigliate.

b) Prenotazione delle prestazioni di prevenzione oncologica previste dal "Diario dei controlli"

L'Assistito riceve un'e-mail di notifica all'avvicinarsi della data utile per effettuare la prestazione consigliata.
L'Assistito può accedere al "Diario dei controlli" e prenotare la prestazione seguendo l'apposita procedura.
Dopo aver effettuato la prestazione, il "Diario" si aggiorna automaticamente e riprogramma la prestazione in base alle periodicità consigliate.

22.3 PREVENZIONE SINDROME METABOLICA

Ogni assistito nella fascia di età 35-69 anni, con esclusione delle donne in gravidanza per cui il test non è indicativo, potrà accedere tramite la piattaforma di Insieme Salute alla compilazione di un questionario gratuito online per l'auto-profilazione del rischio da sindrome metabolica. Sarà possibile rispondere al questionario per valutare il rischio da sindrome metabolica dopo aver risposto al questionario sulla prevenzione oncologica e dopo aver attivato il Diario dei controlli (punto 22.2).

Per la corretta compilazione del questionario per la valutazione del rischio da sindrome metabolica è necessario misurare la circonferenza vita, misurare la pressione arteriosa ed aver effettuato negli 3 mesi precedenti i seguenti esami del sangue: trigliceridi, colesterolemia HDL, glicemia.

Rispondendo al questionario l'assistito ottiene immediatamente la valutazione del rischio da sindrome metabolica:

- assenza di sindrome metabolica;
- presenza conclamata di sindrome metabolica se sono presenti almeno 3 dei cinque criteri previsti dal National Cholesterol Education Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III - ATPIII);
- presenza di criteri che potrebbero esporre al rischio di sviluppare una sindrome metabolica in un prossimo futuro qualora non vengano messi in atto meccanismi di prevenzione e cambiamento degli stili di vita.

In presenza di sindrome metabolica conclamata o forte rischio, verrà data indicazione sulle prestazioni utili da effettuare. Le prestazioni consigliate saranno riportate nel Diario dei controlli e saranno assistite secondo quanto previsto al punto 22.1.

22.4 PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Ogni assistito nella fascia di età 35-69 anni, con esclusione delle donne in gravidanza per cui il test non è indicativo, potrà accedere tramite la piattaforma di Insieme Salute alla compilazione di un questionario gratuito online per l'auto-profilazione del rischio cardiovascolare. Sarà possibile rispondere al questionario per valutare il rischio cardiovascolare dopo aver risposto al questionario sulla prevenzione oncologica e dopo aver attivato il Diario dei controlli (punto 22.2).

Per la corretta compilazione del questionario per la valutazione del rischio cardiovascolare è necessario misurare la pressione arteriosa ed aver effettuato negli 3 mesi precedenti i seguenti esami del sangue: colesterolo totale, colesterolo HDL, colesterolo LDL, glicemia.

Rispondendo al questionario l'assistito ottiene immediatamente la misurazione del rischio cardiovascolare espresso come la probabilità di andare incontro a un primo evento cardiovascolare nei 10 anni successivi, con una probabilità discriminante di più o meno il 20%, come determinata dal Progetto Cuore dell'Istituto Superiore di Sanità.

Se il rischio cardiovascolare supera il 20%, verrà data indicazione sulle prestazioni da effettuare. Le prestazioni consigliate saranno riportate nel Diario dei controlli e saranno assistite secondo quanto previsto al punto 22.1.

22.5 PRESTAZIONI PREVISTE DAI PROGRAMMI DI PREVENZIONE

Le prestazioni di prevenzione oncologica previste dal Diario dei controlli e proposte in base a genere, età, stile di vita e calendarizzate in base alle linee guida del Ministero della Salute, della Commissione Europea e dell'Istituto Superiore di Sanità sono:
visita ginecologica; ecografia transvaginale; visita dermatologica per controllo dei nevi; PAP Test o HPV Test visita senologica; ricerca del sangue occulto nelle feci; mammografia; visita otorinolaringoiatrica; visita urologica.

Le prestazioni di diagnosi precoce proposte nel programma di prevenzione cardiovascolare e sindrome metabolica sono quelle riconosciute come efficaci ed appropriate in base alle vigenti linee guida:
esame emocromocitometrico completo, VES, glicemia, azotemia, creatininemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, colesterolo LDL, ALT/AST, trigliceridi, gamma GT, PTT, PT, omocisteina; esame delle urine; elettrocardiogramma di base e visita cardiologica.

Le prestazioni previste dai programmi di prevenzione potranno essere aggiornate in base agli sviluppi delle linee guida e alle future ricerche.

22.6 AGGIORNAMENTO ANNUALE DELLE CAMPAGNE PREVENZIONE

Ogni 12 mesi l'Assistito può ricompilare i questionari di prevenzione oncologica, cardiovascolare e sindrome metabolica tramite piattaforma online di Insieme Salute (Servizi – Guida alla Prevenzione) aggiornando i dati relativi alla residenza, al peso, agli stili di vita e ai controlli effettuati. Il Diario dei controlli aggiorna le periodicità e le prestazioni consigliate in base ai dati aggiornati.

23. ESCLUSIONI DALLA COPERTURA SANITARIA

23.1 PREESISTENZE

Gli aderenti non possono essere assistiti per le malformazioni, i difetti fisici e le malattie, nonché le sequele e le manifestazioni morbose a queste eziopatogenicamente rapportabili, preesistenti (di seguito "preesistenze"), nonché per le gravidanze in corso, alla data di decorrenza della copertura, salvo quanto previsto al successivo punto 23.2.

23.2 Personale con contributo associativo a totale carico dell'Ateneo

Insieme Salute garantisce l'assistenza delle preesistenze, nonché delle gravidanze in corso alla data di decorrenza della copertura, al personale iscritto con contributo a totale carico dell'Ateneo.

ALTRE ESCLUSIONI

La copertura sanitaria non è operante, salvo quando diversamente previsto del presente regolamento, per:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito/a di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assistito/a che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assistito/a;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.
- non sono coperte le prestazioni che non sono espressamente previste nel presente regolamento.

24. INFORMAZIONE E SERVIZI DI SUPPORTO

24.1 ASSISTENZA TELEFONICA, TRAMITE POSTA ELETTRONICA E PRESSO GLI UFFICI

L'Assistito può richiedere qualsiasi tipo di informazione sul servizio contattando l'assistenza telefonica di Insieme Salute al numero dedicato. L'assistenza telefonica è erogata anche in lingua inglese.
Il servizio è attivo tutto l'anno dal lunedì al venerdì esclusi i festivi dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 18.00.

Insieme Salute non si avvale di call center esterni, gli assistiti possono contattare direttamente gli operatori della Mutua.

Le informazioni possono essere richieste, anche in lingua inglese, scrivendo all'indirizzo di posta elettronica assistenza.unimi@insiemesalute.org.

L'Assistito può altresì richiedere ogni tipo di informazione recandosi presso gli uffici di Insieme Salute dal lunedì al venerdì esclusi i festivi dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 18.00 (venerdì fino alle 17:00).

24.2 PIATTAFORMA ONLINE TRAMITE WEB APP E APP MOBILE

L'Assistito potrà accedere, previa registrazione, al portale online di Insieme Salute (Cosmo) accessibile tramite web app dal sito www.insiemesalute.org (Area riservata) o APP mobile Insieme Salute anche in lingua inglese.

Tramite piattaforma l'assistito potrà:

- verificare il proprio profilo assistenziale e consultare i relativi regolamenti;
- verificare e modificare dati personali (indirizzi, numeri telefonici, coordinate bancarie);
- stampare il tesserino di Insieme Salute;
- inoltrare le richieste di rimborso;
- verificare lo stato delle richieste di rimborso inoltrate e visionare le immagini dei documenti inviati (anche dal famigliare previa compilazione di apposita liberatoria da parte del famigliare);
- consultare tutte le prestazioni sanitarie assistite da Insieme Salute negli ultimi due anni;
- controllare date, entità e motivazioni dei bonifici effettuati da Insieme Salute;
- scaricare, archiviare e stampare documenti e corrispondenza inerenti la propria posizione;
- richiedere una prenotazione per assistenza in forma diretta;
- inviare un reclamo;
- prenotare una videoconsulenza;
- richiedere una presa in carico per assistenza in forma diretta;
- ricercare le strutture convenzionate in forma diretta più vicine.

Tramite Web App è inoltre possibile chiedere assistenza, anche in lingua inglese, tramite chat attiva nei giorni feriali dalle 9:00 alle 13:00 e dalle 14:00 alle 18:00.

24.3 ASSISTENZA TRAMITE SPORTELLO ONLINE

Insieme Salute mette a disposizione uno sportello online accessibile tramite la piattaforma di Insieme Salute, dalla pagina "Contatti". Il servizio è attivo tutti i giorni feriali in orario d'ufficio e permette di prenotare agevolmente un appuntamento da remoto su piattaforma Microsoft Teams con un operatore di Insieme Salute. Gli operatori di Insieme Salute potranno così fornire assistenza in tempo reale da remoto, potendo condividere lo schermo e semplificare la spiegazione di procedure informatiche (es. attivazione del Diario dei controlli, procedura di prenotazione e presa in carico, ecc.).

24.4 ASSISTENTE PERSONALE

L'Assistito può chiedere di essere seguito sempre dallo stesso operatore in quei casi particolarmente delicati in cui si trova a dover affrontare problematiche impreviste (ad esempio infortunio, diagnosi di malattia oncologica, perdita dell'autosufficienza, importanti spese odontoiatriche), sta per intraprendere una serie di accertamenti (ad esempio per gravidanza) o vuole conoscere i servizi dedicati a particolari categorie di assistiti come i bambini (pacchetti pediatrici, visite ed esami pediatrici, ecc.).
L'assistito viene pertanto guidato nell'utilizzo delle prestazioni un assistente personale che lo informerà su tutte le assistenze previste a lui utili e gestirà tutte le sue pratiche e richieste di assistenza.

24.5 SERVIZI DI MESSAGGISTICA

Insieme Salute invierà agli Assistiti che abbiano comunicato anche attraverso la piattaforma online il proprio numero di telefonia mobile, un sms per:

- notificare la ricezione della richiesta di rimborso da parte dell'assistito;
- notificare la liquidazione di un rimborso;

24.6 DOCUMENTI FISCALI

Ogni anno, in tempo per la dichiarazione dei redditi, Insieme Salute mette a disposizione degli Assistiti, attraverso l'area riservata, i documenti utili per le detrazioni fiscali. Il riepilogo dei rimborsi effettuati nell'anno riporta la data della prestazione effettuata, la tipologia di prestazione, l'ammontare della spesa sostenuta, l'ammontare del rimborso erogato da Insieme Salute e l'eventuale ammontare della parte di rimborso rimasta a carico dell'Assistito.

società di mutuo soccorso ets

Milano - Viale San Gimignano, 30/32

ADDENDUM AL REGOLAMENTO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA PER IL PERSONALE DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO

Il presente addendum al regolamento di assistenza sanitaria integrativa per il personale dell'Università degli Studi di Milano disciplina le modalità di attivazione e di fruizione delle coperture previste dal pacchetto aggiuntivo concordato tra l'Università degli Studi di Milano (di seguito Università o Ateneo) con sede in 20122 Milano, Via Festa del Perdono 7, C.F. 80012650158 e la società di mutuo soccorso Insieme Salute (di seguito Insieme Salute o Mutua) con sede in 20146 Milano, viale San Gimignano, 30/32, C.F. 11352100157.

Le prestazioni qui disciplinate si aggiungono a quelle previste dal Regolamento di assistenza sanitaria integrativa per il personale dell'Università degli Studi di Milano.

Il presente addendum entra in vigore l'01/04/2025 e scade il 31/03/2028 salvo proroga

NORME GENERALI

1. *PERSONALE AVENTE DIRITTO ALL'ATTIVAZIONE DEL PACCHETTO AGGIUNTIVO*

1.1 Hanno diritto all'attivazione del pacchetto aggiuntivo, senza limiti di età, i seguenti beneficiari in servizio attivo:

a) PTAB/CEL (collaboratori ed esperti linguistici, personale tecnico amministrativo e bibliotecario strutturato a tempo determinato e indeterminato), dirigenti, tecnologi di ricerca, comandati in entrata;

b) Personale Docente e Ricercatore: Ricercatori/Ricercatrici, Professori/Professoresse Associati/e e Ordinari/e;

c) Assegnisti/e, Dottorandi/e, Specializzandi/e: titolari di assegno di ricerca, Dottorandi/e con borsa di studio dell'Ateneo e Specializzandi/e con borsa di studio dell'Ateneo.

Sono escluse dal servizio attivo le aspettative non retribuite.

Le modalità di attivazione del pacchetto aggiuntivo e gli oneri a carico dell'Ateneo o del beneficiario sono definiti secondo quanto previsto ai successivi punti 1.2, 1.3, 1.4 e 1.5.

1.2 Il pacchetto aggiuntivo è automaticamente attivato a favore dei beneficiari di cui ai precedenti punti a) e b) con un imponibile contributivo attestato dalla Certificazione Unica dell'Ateneo fino a € 60.000,00, come da elenco trasmesso dall'Ateneo.

Gli oneri sono a totale carico dell'Ateneo.

1.3 Il pacchetto aggiuntivo può essere volontariamente attivato dai beneficiari di cui ai precedenti punti a) e b) con un imponibile contributivo attestato dalla Certificazione Unica dell'Ateneo da € 60.000,01, come da elenco tramesso dall'Ateneo.

Gli oneri sono a totale carico del beneficiario.

1.4 Il pacchetto aggiuntivo può essere volontariamente attivato dai beneficiari di cui al precedente punto c), indipendentemente dall'imponibile contributivo attestato dalla Certificazione Unica dell'Ateneo, come da elenco tramesso dall'Ateneo.

Gli oneri sono a totale carico del beneficiario.

1.5 Il pacchetto aggiuntivo non può essere attivato per i familiari del personale. I servizi e le prestazioni previste dal pacchetto non potranno pertanto essere usufruiti dai familiari, ad eccezione di quando diversamente specificato per i servizi di supporto psicologico, i servizi di conciliazione vita/lavoro e i servizi da centrale telefonica che sono automaticamente estesi e accessibili anche dal nucleo familiare del beneficiario.

2. MODALITA' DI ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA

2.1 Beneficiari con contributo del pacchetto aggiuntivo a totale carico dell'Ateneo

Per il PTAB/CEL, Personale Docente e Ricercatore con un imponibile contributivo attestato dalla Certificazione Unica dell'Ateneo fino a € 60.000,00, senza limiti di età, il pacchetto aggiuntivo viene automaticamente attivato contestualmente all'iscrizione a Insieme Salute attraverso la trasmissione del relativo elenco da parte dell'Ateneo.

2.2 Beneficiari con contributo del pacchetto aggiuntivo a carico dell'interessato

Il PTAB/CEL, Personale Docente e Ricercatore con un imponibile contributivo attestato dalla Certificazione Unica dell'Ateneo da € 60.000,01 e gli Assegnisti, Dottorandi con Borsa dell'Ateneo e Specializzandi con borsa dell'Ateneo, indipendentemente dall'imponibile contributivo attestato dalla Certificazione Unica dell'Ateneo, possono richiedere l'attivazione del pacchetto aggiuntivo, senza limiti di età, seguendo la procedura online messa a disposizione dell'Ateneo. L'Università trasmetterà a Insieme Salute l'elenco dei beneficiari che avranno attivato volontariamente il pacchetto aggiuntivo.

L'attivazione sarà contestuale all'iscrizione a Insieme Salute. Non sono previste attivazioni in corso d'anno.

3. DECORRENZA, SCADENZA, DISDETTA E VALIDITA'

3.1 Le garanzie previste dal pacchetto aggiuntivo decorrono e scadono contestualmente all'assistenza sanitaria integrativa prevista dal pacchetto base: l'assistenza per il Personale dell'Università e per le adesioni volontarie dei loro familiari ha effetto dalle ore 00.00 del 1/04/2025 (salvo per le adesioni in corso d'anno disciplinate al punto 3 del regolamento) e scade alle ore 24.00 del 31/03/2028 salvo proroga (punto 6.1 del regolamento).

3.2 Non sussistono ragioni di cessazione e disdetta del pacchetto aggiuntivo in corso d'anno. Il pacchetto aggiuntivo può essere cessato solo contestualmente all'esercizio del diritto di disdetta annuale previsto al punto 6.2 del regolamento di assistenza sanitaria integrativa.

4. CONTRIBUTI DEL PACCHETTO AGGIUNTIVO

4.1 Per il complesso delle prestazioni previste dal pacchetto aggiuntivo, il corrispettivo annuo lordo pro capite per singolo aderente è pari a € 100 per anno e per persona.

4.2 I contributi, sia quelli a carico dell'Ateneo che quelli a carico del beneficiario, sono versati dall'Università a Insieme Salute.

PRESTAZIONI

5. SERVIZI DI SUPPORTO PSICOLOGICO

Le seguenti prestazioni di sostegno psicologico sono erogate gratuitamente a ciascun assistito maggiorenne, senza massimali annui e in totale anonimato.

Non è necessaria la prescrizione medica.

Non è necessario richiedere alcuna pre-autorizzazione, né presa in carico, a Insieme Salute.

Il servizio può essere utilizzato anche dai familiari maggiorenni iscritti a Insieme Salute.

Per accedere o prenotare la prestazione seguire le modalità descritte al successivo paragrafo "COME ACCEDERE ALLE CONSULENZE TELEFONICHE E ALLE SEDUTE PSICOLOGICHE IN VIDEOCONFERENZA".

Accedendo al servizio, l'assistito può usufruire dei seguenti servizi di supporto psicologico:

5.1 NUMERO VERDE BENESSERE - CONSULENZE TELEFONICHE PSICOLOGICHE GRATUITE

L'Assistito può contattare ogni volta che ne sente il bisogno il servizio di supporto psicologico telefonico gratuito e anonimo tramite numero verde attivo 24 ore su 24, 7 giorni su 7, tutto l'anno.

Il servizio di sostegno psicologico ha lo scopo di fornire all'Assistito, tramite la figura di uno psicologo qualificato, un supporto imparziale e confidenziale su un problema personale o professionale, nel momento in cui ne sente il bisogno.

Il sostegno psicologico per telefono è un ascolto professionale, incondizionato e neutrale finalizzato ad aumentare la capacità dell'Assistito di affrontare una determinata situazione di disagio dovuta, a titolo esemplificativo e non esaustivo, a:

- problematiche personali: lutto, malattia, infortunio, divorzio, conflitto interpersonale, ansia, dipendenze, difficoltà familiari, mancanza di una rete sociale di supporto, disturbi del comportamento alimentare, disturbi dell'apprendimento, post parto e maternità.
- problematiche lavorative legate: al contesto organizzativo (chiarezza dei ruoli, comunicazione interna, domande contradditorie), al controllo (incertezza del futuro, margine decisionale, conciliazione vita-lavoro), al riconoscimento (prospettiva di crescita, riconoscimento degli sforzi e dei risultati raggiunti), alle relazioni (con i colleghi, con i superiori, o come rispetto, molestie e intimidazioni) o alle attività (carico mentale, disagi fisici o ambientali, mole di lavoro, obbligo di adattamento, senso e utilità del lavoro).

5.2 SEDUTE PSICOLOGICHE IN VIDEOCONSULENZA GRATUITE

Lo psicologo, in occasione della prima chiamata, accoglie la richiesta dell'Assistito, capisce le problematiche psicologiche sottese al problema riportato, indaga le aspettative del soggetto e gli esplicita il funzionamento del servizio. L'Assistito, se necessario, può proseguire le consulenze in videoconferenza.

Le prime consulenze sono orientate ad una approfondita analisi della domanda e del bisogno dell'Assistito che accede al servizio. In base alle necessità, vengono stabiliti e condivisi con l'Assistito dei percorsi di consulenza personalizzati. I percorsi sono finalizzati al raggiungimento di determinati obiettivi e di una maggiore percezione del livello di benessere riguardo la questione portata come problematica. I percorsi di consultazione terminano quando questi obiettivi vengono raggiunti, la durata complessiva dipende pertanto dalle esigenze della singola persona.

Le consulenze fornite sono coperte dal segreto professionale conformemente al codice deontologico degli psicologi. Ogni consulenza ha una durata non superiore a un'ora.

Alla prima chiamata, l'Assistito può scegliere uno pseudonimo che verrà richiesto ad ogni chiamata per garantire la continuità degli scambi con lo psicologo.

5.3 COME ACCEDERE ALLE CONSULENZE TELEFONICHE E ALLE SEDUTE PSICOLOGICHE IN VIDEOCONFERENZA

Per accedere al servizio seguire la seguente procedura:

- accedere alla piattaforma online di Insieme Salute dall'area riservata del sito www.insiemesalute.org.
- selezionare, dal menù "Servizi", "Servizi per la famiglia"-"Supporto psicologico". Nella pagina di presentazione viene descritto il servizio, riportato il Numero verde e le credenziali per accedere al portale dedicato.
- Per utilizzare il servizio chiamare il numero verde dedicato o accedere al portale dedicato.

Inoltre, tramite portale dedicato l'assistito può:

- **Prenotare i colloqui in video-conferenza**

Gli Assistiti hanno la possibilità di prenotare e di effettuare colloqui in video-conferenza con uno psicologo a scelta. L' Assistito ha accesso a una breve descrizione del profilo dello psicologo (che comprende una fotografia, le specializzazioni e le disponibilità del medesimo) e può fissare un appuntamento con lo psicologo prescelto. Ogni colloquio in video-conferenza ha una durata non superiore a un'ora.

- **Scambiare messaggi tramite chat**

Gli Assistiti hanno la possibilità di scambiare messaggi in tempo reale con psicologi, di esporre le loro problematiche e di ottenere supporto e suggerimenti. La chat è attiva dal lunedì al venerdì, dalle ore 9:00 alle ore 19:00.

- **Chiedere consulenze per iscritto tramite modulo di contatto**

Gli Assistiti hanno la possibilità, attraverso un modulo da compilare, di esporre una situazione, una problematica e di chiedere una consulenza per iscritto. Un professionista darà riscontro per iscritto entro 48 ore lavorative.

6. ***MASSIMALE AGGIUNTIVO PER RIMBORSO LENTI E OCCHIALI***

L'assistenza è riservata al dipendente/beneficiario titolare.

L'assistito che abbia attivato il pacchetto integrativo ha diritto al rimborso per l'acquisto di lenti e occhiali fino a un massimale per anno e per persona di € 200, anziché di € 120 come previsto dal punto 17 del regolamento.

L'assistenza viene erogata entro gli stessi limiti e con le stesse modalità previste al punto 17 del regolamento.

7. ***PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA***

L'assistenza è riservata alla dipendente/beneficiaria titolare.

L'Assistita ha diritto al rimborso del 70% delle spese relative alle procedure per la Procreazione Medicalmente Assistita effettuate nel rispetto della legge italiana (Legge 40/2004 e successive sentenze della Corte Costituzionale).

Il rimborso è erogato per massimo una volta all'anno e fino a un massimale di € 1.500 per anno e per persona.

Sono ammesse le spese sostenute per le prestazioni medico-chirurgiche riferite alla tecnica della PMA, qualsiasi livello:

- I livello: inseminazione intrauterina (IUI), fecondazione intra-uterina;
- II livello: prelievo degli ovociti, fecondazione in vitro e impianto con sedazione o anestesia locale;
- III livello: prelievo degli ovociti, fecondazione in vitro e impianto in anestesia generale.

Sono altresì ammesse a rimborso le spese sostenute per la stimolazione ovarica pre - ciclo.

Norme per ottenere la prestazione

- La prestazione è erogata in forma rimborsuale presso qualsiasi struttura, anche all'estero.
- Per ottenere il rimborso è obbligatorio chiedere a Insieme Salute la preventiva autorizzazione scritta inviando, prima di iniziare il percorso, il preventivo di spesa e la documentazione clinica correlata a assistenza.unimi@insiemesalute.org**.** Non saranno rimborsati trattamenti per cui non sia stata emessa la preventiva autorizzazione scritta di Insieme Salute.
- La richiesta di rimborso dei trattamenti preautorizzati deve essere presentata a ciclo concluso.
- Per richiedere il rimborso è necessario inviare:

  ricevute di pagamento e/o fatture regolarmente intestate con dettaglio della prestazione eseguita, data, importo e soggetto erogatore;

  certificato della struttura sanitaria con la data di esecuzione del trasferimento degli embrioni o dell'inseminazione intrauterina oppure con l'indicazione della motivazione clinica che ha determinato l'annullamento del ciclo di PMA.

8. *SERVIZI PER LA CONCILIAZIONE VITA-LAVORO*

8.1 SERVIZIO DI REPERIMENTO E ASSUNZIONE BADANTE CONVIVENTE/OPERATORE SPECIALIZZATO A ORE (OSS E ASA)

In caso di bisogno per sé o per un familiare (anche se non iscritto), l'assistito può accedere a un servizio di reperimento e assunzione badante o operatore specializzato. L'interessato stipula un contratto con l'agenzia che si occupa dell'individuazione del personale idoneo in base alle esigenze, del contratto di assunzione, di tutte le incombenze burocratiche, della sostituzione della badante in caso di ferie, malattia, incompatibilità con la persona da assistere.

Il costo del servizio resterà a carico dell'interessato ad una tariffa agevolata.

Norme per accedere al servizio

- Il servizio potrà essere richiesto tramite la piattaforma di Insieme Salute alla sezione Servizi.

8.2 SERVIZIO DI TRASPORTO ASSISTITO

In caso di bisogno per sé o per un familiare, il dipendente può accedere a un servizio di accompagnamento delle persone con disabilità o con problemi di autonomia, anziani o chi ha temporanea difficoltà motoria, da casa fino alla destinazione richiesta (visita medica, teatro, aeroporto, luogo di villeggiatura), con la possibilità di richiedere in prestito una carrozzina o altri ausili portatili, oltre che l'intervento di superamento barriere architettoniche tramite una speciale sedia portantina, su preventiva prenotazione.

Il costo del servizio è a carico dell'interessato ad una tariffa agevolata.

Norme per accedere al servizio

- Il servizio potrà essere richiesto tramite la piattaforma di Insieme Salute alla sezione Servizi.

8.3 *SERVIZIO DI ORIENTAMENTO E CONSULENZA PER IL CAREGIVER*

L'assistito può accedere al servizio di orientamento per far fronte alle esigenze connesse allo stato di non autosufficienza o di particolare fragilità dovuta all'età o allo stato di salute di un figlio o di un genitore anche se non iscritto a Insieme Salute.

Attraverso un colloquio della durata di circa un'ora, un operatore specializzato raccoglierà le informazioni necessarie relative ai bisogni della persona non autosufficiente.

Una volta effettuato il colloquio l'Assistito riceverà un report scritto contenente le indicazioni utili per la gestione delle problematiche emerse, quali a titolo di esempio: necessità di attivare un'assistenza domiciliare ad ore, possibilità di rivolgersi a enti pubblici per ricevere servizi gratuiti o sussidi, possibilità di attivare percorsi riabilitativi, ecc.

Il report conterrà inoltre alcune segnalazioni di enti che l'Assistito potrà, a sua discrezione, contattare per attivare i diversi servizi necessari (rsa, centri riabilitativi, alberghi per soggiorni di sollievo, assistenti domiciliari, ecc).

Il costo dei servizi a pagamento è a carico dell'interessato ad una tariffa agevolata.

Norme per accedere al servizio

- Il servizio potrà essere richiesto tramite la piattaforma di Insieme Salute alla sezione Servizi.

8.4 SERVIZIO DI REPERIMENTO, SELEZIONE E ASSUNZIONE DI BABY SITTER

L'assistito può accedere al servizio di ricerca e selezione della baby-sitter da parte di operatori specializzati, disbrigo di tutte le pratiche relative all'assunzione di baby sitter (contratto, comunicazioni INPS, puste paga, assicurazioni, ecc.), animazione per bambini durante matrimoni, feste di compleanno, battesimi, comunioni, ecc.

L'assistito potrà avere inoltre acceso ad un portale gratuito per ricercare e selezionare in autonoma il servizio di baby-sitting adatto alle proprie esigenze.

Il costo dei servizi a pagamento è a carico dell'interessato ad una tariffa agevolata.

Norme per accedere al servizio

- Il servizio potrà essere richiesto tramite la piattaforma di Insieme Salute alla sezione Servizi.

8.5 ***SERVIZIO "TROVA ASSISTENTE DOMICILIARE***

In caso di bisogno per sé o per un familiare, l'Assistito potrà contattare Insieme Salute per la ricerca di personale qualificato nello svolgimento di servizi socio sanitari e assistenziali domiciliari. Insieme Salute, in relazione al tipo di richiesta, si occuperà di inviare al domicilio operatori socio sanitari (OSS) o operatori socio assistenziali (OSA) professionali.

Il servizio di reperimento è gratuito.

Le prestazioni saranno erogate applicando le tariffe convenzionate con Insieme Salute e resteranno a carico dell'assistito (salvo i casi di copertura previsti dal regolamento).

Norme per accedere al servizio

- Il servizio potrà essere richiesto tramite la piattaforma di Insieme Salute alla sezione Servizi.

8.6 SUPPORTO PER IL DISBRIGO DI PRATICHE

L'Assistito potrà accedere a un servizio di disbrigo pratiche tra cui:

- Verifica e aggiornamento della posizione assicurativa e contributiva ai fini pensionistici;
- Calcolo previsionale importo pensione e relativa decorrenza tramite simulazione;
- Accreditamento contributi figurativi per i periodi di malattia, infortunio, maternità, servizio militare, disoccupazione;
- Riscatti e ricongiunzioni di periodi assicurativi riferito alla posizione pensionistica;
- Pensioni: di vecchiaia, invalidità, anzianità, inabilità, sociale, reversibilità, ricostituzioni, maggiorazione e supplemento di pensione, pensione supplementare, quota 100, ecc.;
- Assegno Sociale;
- APE Sociale;
- Richiesta dei ratei di pensione eredi;
- Richiesta autorizzazione assegni familiari;
- Richiesta Assegno Nucleo Famigliare (ANF);
- Accertamento e recupero di periodi assicurativi maturati all'estero;
- Richiesta prestazioni pensionistiche estere;
- Richiesta di invalidità civile, assegni di accompagnamento, indennità di frequenza, alle sedi INPS di competenza;
- Domande di disoccupazione (NaSpi italiana e da rimpatrio, Dis-Coll, ecc.);
- Bonus bebè, premio alla nascita, bonus asili nido, maternità obbligatoria e facoltativa;
- Permessi L.104 e congedi straordinari;
- Consulenze per esenzioni ticket ed assistenza sanitaria;
- Pratiche ICRIC (invalidità civile ricovero);
- Pratiche RED (certificazioni reddituali);
- Pratiche ISEE (indicatore della situazione economica);
- Pratiche ICLAV (invalidità civile lavoro).

Il costo del servizio è a carico dell'interessato ad una tariffa agevolata.

Norme per accedere al servizio

- Il servizio potrà essere richiesto tramite la piattaforma di Insieme Salute alla sezione Servizi.

8.7 CONSULENZA INDIVIDUALE PER LA TUTELA GIURIDICA DEL SOGGETTO FRAGILE

In caso di decadimento cognitivo proprio o di un familiare, l'Assistito può accedere a uno sportello informativo per ottenere informazioni di carattere generale sulla tutela del soggetto fragile e la figura dell'amministratore di sostegno (es. Chi è l'amministratore di sostegno? In quali casi conviene richiederlo? Da chi e come può essere richiesto?).

Il servizio prevede anche il supporto nell'individuazione del soggetto più adatto ad assolvere il ruolo di Tutore o Amministratore di sostegno e la spiegazione della procedura per l'attivazione dell'istituto.

Il costo del servizio è a carico dell'interessato ad una tariffa agevolata.

Norme per accedere al servizio

- Il servizio potrà essere richiesto tramite la piattaforma di Insieme Salute alla sezione Servizi.

9. SERVIZI DA CENTRALE TELEFONICA H24

L'Assistito potrà usufruire di una centrale telefonica, operativa 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, che erogherà le prestazioni di seguito specificate. La Centrale può essere contattata al Numero Verde 800 - 40 73 29 dall'Italia o +39 02 - 24 12 83 45 dall'estero.

I servizi sotto descritti possono essere richiesti anche per i familiari del dipendente (coniuge o convivente, figlio o affiliato).

9.1 Consulenza medica telefonica

Qualora l'Assistito necessiti di una consulenza medica potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà ad organizzare un consulto telefonico con i propri medici. Il servizio è gratuito e non fornisce diagnosi o prescrizioni. La prestazione è fornita 24 ore su 24, 7 gg la settimana. La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 112 (ex 118) per le urgenze.

9.2 Invio di un medico in Italia

Qualora a seguito di infortunio o malattia e successivamente ad una Consulenza medica, l'Assistito necessiti di un medico presso la propria residenza 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 in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino. La prestazione viene fornita dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o 24 ore su 24 nei giorni festivi, per un massimo di 3 volte per anno associativo.

9.3 Invio di un pediatra in Italia

Qualora a seguito di infortunio o malattia e successivamente ad una Consulenza medica, l'Assistito necessiti di un pediatra presso la sua residenza e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a spese proprie, uno dei pediatri convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei pediatri convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa invierà un medico generico o organizzerà il trasferimento in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino. La prestazione viene fornita dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o 24 ore su 24 nei giorni festivi, per un massimo di 3 volte per anno associativo.

9.4 Ambulanza per trasporto in ospedale in Italia, eccetto trasporto primario di urgenza

Qualora l'Assistito a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in ambulanza per un ricovero, dal luogo in cui si trova in Italia fino ad un centro ospedaliero più vicino, la Struttura Organizzativa provvederà, su richiesta dell'Assistito, ad inviare l'ambulanza tenendo i costi a suo carico del percorso complessivo (andata/ritorno), per un massimo di 3 volte per anno associativo. Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

9.5 Monitoraggio del ricovero ospedaliero

A seguito di ricovero ospedaliero per infortunio e/o malattia e su richiesta dell'Assistito, 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. La prestazione è fornita previa autorizzazione scritta dell'Assistito rilasciata al reparto di degenza, in conformità al Regolamento europeo 2016/679 (protezione dei dati) e alla relativa normativa interna di adeguamento.

9.6 Consegna farmaci presso la residenza

Qualora l'Assistito non autosufficiente, a seguito di infortunio o malattia, per le cure del caso, necessiti, secondo prescrizione medica, di specialità medicinali (sempre che commercializzate in Italia), la Struttura Organizzativa provvederà alla ricerca ed alla consegna dei farmaci presso la residenza. Restano a carico dell'Assistito i costi di acquisto dei medicinali. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno associativo.

9.7 Ricerca infermiere in Italia

Qualora a seguito di infortunio e/o malattia, l'Assistito, necessiti 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'Assistito. La prestazione viene fornita con un preavviso di 24 ore.

9.8 Servizio spesa a casa in Italia

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

9.9 Rientro sanitario

Qualora l'Assistito ricoverato presso un centro ospedaliero a seguito di infortunio o malattia, e le sue condizioni siano tali che i medici della Struttura Organizzativa, d'intesa con i medici curanti sul posto o, in assenza di questi ultimi, con il medico inviato dalla Struttura Organizzativa, ritengano necessario un trasferimento in un Istituto di cura prossimo alla residenza in Italia, allo scopo di assicurare una cura adeguata alle condizioni del paziente, la Struttura Organizzativa definirà le modalità del rientro e provvederà a:

- organizzare il trasferimento del paziente con il mezzo idoneo: aereo sanitario; aereo di linea (anche barellato); ambulanza; treno /vagone letto.

Il trasferimento dell'Assistito con aereo sanitario potrà avere luogo da tutti i paesi Europei (Europa geografica). Da tutti gli altri paesi il trasferimento avverrà esclusivamente con aereo di linea, eventualmente barellato;

- assistere il paziente, se necessario, durante il rientro con personale medico e/o infermieristico.

Tutti i costi di organizzazione e di trasporto del paziente, compresi gli onorari del personale medico e/o infermieristico inviato sul posto e che lo accompagnano, sono a carico della Struttura Organizzativa fino ad un massimo di € 15.000,00 (Iva Inclusa) per sinistro.

Non danno luogo al trasferimento:

- le malattie infettive e ogni patologia il cui trasporto implichi violazione di norme sanitarie;

- gli infortuni e le malattie che non impediscano all'Assistito di proseguire il viaggio o che, a giudizio dei medici, non necessiti di rientro sanitario e che possano essere curate sul posto.

9.10 Assistenza ai familiari assistiti

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

9.11 Assistenza ai minori di anni 14

Nel caso di ricovero ospedaliero o di Trasferimento Sanitario dell'Assistito, la Struttura Organizzativa incaricherà una persona di fiducia per assistere i minori di 14 anni rimasti soli durante il soggiorno o durante il rientro presso la residenza, per un massimo di 15 giorni e di 2 ore al giorno.

9.12 Viaggio di un familiare

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assistito 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.

9.13 Recapito messaggi urgenti

Qualora l'Assistito, 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.

9.14 Invio medicinali all'estero

Qualora l'Assistito, necessiti di medicinali regolarmente prescritti da un medico, introvabili sul posto e purché 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'Assistito. In alternativa la Struttura Organizzativa potrà fornire il nominativo di un medicinale equivalente di fabbricazione locale.

9.15 Rientro anticipato

Qualora l'Assistito 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'Assistito 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'Assistito la documentazione comprovante l'evento che ha dato luogo alla prestazione.

9.16 Informazioni sanitarie e farmaceutiche

L'Assistito potrà richiedere alla Struttura Organizzativa:

- indirizzi di ospedali, cliniche, centri specializzati del capoluogo/regione di residenza dell'Assistito;
- 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.

9.17 Informazioni di medicina tropicale

L'Assistito 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.

9.18 DISPOSIZIONI E LIMITAZIONI RELATIVE AI SERVIZI DA CENTRALE TELEFONICA

Le prestazioni di assistenza (con esclusione della consulenza medica telefonica e dei servizi Infocenter) sono fornite fino per un massimo di tre volte nel periodo di validità della copertura.

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.