



## VADEMECUM per il SOCIO della MG

La MG eroga l'assistenza:

### **in forma diretta**

con assunzione diretta del costo delle prestazioni effettuate agli Associati presso le strutture sanitarie gestite o co-gestite dalla mutua stessa;

### **in forma indiretta**

con il riconoscimento successivo agli Associati di rimborsi per le spese delle prestazioni sanitarie da loro sostenute presso strutture convenzionate previa presentazione fatture quietanzate.

## **MODALITA' di EROGAZIONI delle PRESTAZIONI**

### **1) ACQUISIZIONE DEL NULLA-OSTA** – Art. 18 del Regolamento

In ottemperanza all'art. 25 dello statuto, per i soci che aderiscono ai livelli di assistenza B, C o D, **le prestazioni** in forma diretta o in forma indiretta e/o i sussidi **vengono autorizzate** a seguito della valutazione dell'**Organo Sanitario** della MG, che coadiuva il **Direttore**, al fine di ottenere il nulla osta. Solo dopo aver ottenuto il nulla-osta il Socio può intraprendere le cure.

- A)** Il Socio **è tenuto a presentare il certificato del proprio medico di medicina generale**, che riporti diagnosi o sospetto diagnostico e conseguente accertamento diagnostico o visita o trattamento richiesti. Se la richiesta scaturisse da una precedente visita specialistica e/o da una lettera di dimissione da ricovero, tale documentazione va allegata al certificato del proprio medico curante. Non sono prese in considerazione richieste di prestazioni di specialisti, senza il vaglio del proprio medico di medicina generale.
- B)** L'organo amministrativo o il direttore hanno la facoltà di chiedere ad ogni socio, per qualsiasi richiesta di prestazioni/assistenza, di sottoporsi a visita presso un medico fiduciario della MG, per una valutazione definitiva della congruità della richiesta di prestazioni/assistenza/sussidi.
- C)** **Per l'assistenza odontoiatrica e per quella psicoterapica**, è sempre necessario ottenere il nulla-osta; il direttore della mutua può richiedere al Socio di *sottoporsi ad una visita specialistica* con uno specialista fiduciario della mutua, che fornirà al direttore un giudizio sulla congruità della richiesta.  
Per i Soci che richiedono l'assistenza psicoterapica, è necessario che il terapeuta elabori una diagnosi strutturale con un programma terapeutico e relativo numero probabile di sedute. Tale impostazione della mutua è in linea con la filosofia delle psicoterapie brevi. Nel caso di assistenza odontoiatrica può essere richiesto l'effettuazione di una ortopantomografia o di altre indagini radiologiche.
- D)** Nel caso di **richiesta di sussidio per Protesi Acustiche**, per ottenere il nulla-osta, occorre presentare prescrizione dello specialista ed esame audiometrico refertato, che attesti **un'ipoacusia grave**. Sono escluse dal sussidio le ipoacusie lievi e medie.
- E)** Nel caso di **richiesta di sussidio per le Cure Termali**, per ottenere il nulla-osta, occorre presentare la prescrizione del proprio medico curante o copia di autorizzazione ad effettuare le cure rilasciata dalla A.S.L.

**F) Per le richieste di Sussidio per l'Assistenza socio-sanitaria.**

La MG prevede l'assistenza in forma diretta o il rimborso in forma indiretta per assistenza resa da infermiere o da operatore socio-sanitario (OSS) a persona malata con grave handicap, in carenza di autosufficienza e per gravi malattie in fase terminale a domicilio o in ospedale.

Per avere il nulla-osta, le richieste devono essere obbligatoriamente accompagnate da **certificazione medica** che dimostri tale necessità: la relazione del medico curante deve illustrare, in maniera completa e dettagliata, le condizioni di salute dell'assistito, nonché le terapie eseguite dallo stesso, per le quali siano necessarie le prestazioni infermieristiche o dell'oss. Viene riconosciuto sia per l'assistenza da parte di Operatore Socio Sanitario (o facente funzione) sia per l'assistenza da parte di infermiere un rimborso al giorno di € 30,00 per il Socio in livello di assistenza D per un massimo di 30 giorni all'anno.

**G) Nel caso di richiesta di Inserimento temporaneo in centri diurni e/o strutture residenziali**

E' previsto un sussidio per la frequentazione temporanea in centro diurno e/o in struttura semi-residenziale notturno co-gestiti dalla mutua o di ente convenzionato con la stessa. Le richieste devono essere obbligatoriamente accompagnate da **certificazione medica** che dimostri tale necessità: la relazione del medico curante deve illustrare, in maniera completa e dettagliata, le condizioni di salute dell'assistito, nonché le terapie eseguite dallo stesso. Viene riconosciuto un rimborso al giorno fino a € 25,00 per il Socio in livello di assistenza D per un massimo di 30 giorni all'anno.

**H) Nel caso di Assistenza socio-sanitaria telematica**

MG ha creato un servizio di tele-videoassistenza, rivolto a quelle famiglie che hanno una persona non autosufficiente a casa che è assistito dagli stessi famigliari o da assistenti domiciliari extra-comunitarie. Grazie ad una attivazione di linea ADSL, fornendovi un videotelefono, sarà possibile per l'assistente domiciliare rivolgersi 12 ore al giorno (dalle 8,00 alle 20,00) alla centrale operativa della MG per ricevere informazioni, consigli, suggerimenti per affrontare momenti di difficoltà.

Il servizio di televideoassistenza si rivolge anche a tutte le famiglie, residenti nella provincia di Modena, che hanno nel proprio domicilio un familiare affetto da demenza.

Dalla ore 8.00 alle ore 20.00 di tutti i giorni feriali dell'anno operatori qualificati risponderanno alle richieste, fornendo indicazioni sull'assistenza, modi per affrontare crisi di agitazione, disturbi del comportamento, ecc. del proprio familiare affetto da demenza. Inoltre si è in grado di fornire indicazioni su come somministrare i pasti, lavare il paziente, stimolarne le capacità residue.

Anche in questo caso il Socio deve richiedere il nulla-osta del direttore della mutua.

**- IMPORTANTE.** Il direttore della mutua **rilascia al Socio un nulla-osta** per il ricevimento delle prestazioni sanitarie e/o assistenziali quando la richiesta presentata viene ritenuta congrua. **In sintesi, per ogni tipo di prestazione che rientri nei livelli di assistenza B, C o D, per l'assistenza odontoiatrica e per l'assistenza psicoterapica con il rilascio da parte del direttore del nulla-osta, il Socio può intraprendere le cure necessarie nella forma diretta e/o ottenere i sussidi o i rimborsi nella forma indiretta previa presentazione fatture quietanzate.**

Agli iscritti ai livelli di assistenza B, C o D e agli iscritti per l'assistenza odontoiatrica e per l'assistenza psicoterapica si fa obbligo di comunicare l'esistenza di altre forme assicurative.

**2) EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI** per i livelli B, C, D, per l'**assistenza odontoiatrica** e per l'**assistenza psicoterapica**.

**A) Forma diretta**

Per fruire di tali prestazioni con il nulla-osta ci si rivolge ai centri gestiti o co-gestiti dalla mutua; senza anticipo di spesa si ottengono le prestazioni previste nel piano assistenziale.

Presso la sede di MG vi è l'elenco dei centri, che erogano l'assistenza in forma diretta.

## **B) Forma indiretta**

Nei centri convenzionati segnalare sempre, esibendo la tessera, di essere Associati alla MG, in modo da poter usufruire delle tariffe concordate.

Tutte le prestazioni e/o assistenze vanno pagate direttamente all'ente, struttura sanitaria convenzionata, cui il Socio si rivolge. Bisogna sempre farsi rilasciare la fattura e la distinta dettagliata di tutte le prestazioni ricevute.

E' necessario trasmettere alla mutua entro il **termine massimo di 20 giorni** dall'emissione, le fatture (se effettuate in centri privati) o i ticket (sostenuti presso il Servizio Sanitario Nazionale o in strutture private accreditate), la specifica delle singole prestazioni e copia del nulla-osta del direttore della mutua (art. 19 del regolamento).

Il rimborso avviene entro 60 giorni dalla presentazione completa della documentazione, fino a concorrenza del rimborso massimo previsto per anno.

**SI RICORDA CHE "LA MANCATA ACQUISIZIONE DEL NULLA-OSTA E IL MANCATO INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE PRESCRITTA, ENTRO I TERMINI (previsti dall'art 18 e 19 del Regolamento), COSTITUISCE CAUSA DI DECADENZA DAL DIRITTO DEL CONSEGUIMENTO DEI RIMBORSI E DELLE PRESTAZIONI"** (art 20 Regolamento).

Per gli esami radiologici e per gli accertamenti diagnostici di medicina nucleare si prendono in considerazione solo le tariffe che 1) si riferiscono ad esami completi delle proiezioni e del numero di radiogrammi necessari per un esame esaustivo; 2) che comprendono l'onorario del radiologo o del medico nucleare e di altri specialisti, ove intervengano, dei mezzi di contrasto, dei materiali, dei medicinali ed altro.

L'eventuale assistenza anestesologica per gli esami diagnostici e/o invasivi, laddove necessaria, è ricompresa nella tariffa prevista per il singolo esame.

In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta, le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50%.

Nelle formule di assistenza specialistica ambulatoriale non sono rimborsabili le spese sostenute per analisi, accertamenti e visite specialistiche effettuate in regime di ricovero.

### **• Visite specialistiche**

Le visite specialistiche sono rimborsabili qualora dalla documentazione risulti in modo chiaro il titolo di specializzazione del medico che ha effettuato la visita.

Il titolo deve essere attinente al tipo di patologia che ha reso necessaria la visita.

I consulti, con riferimento ai rimborsi, sono considerati come le visite specialistiche.

In psicoterapia è rimborsabile solo la prima visita. Il Socio, per ricevere rimborsi o l'assistenza in forma diretta delle cure psicoterapiche deve aderire anche alla specifica assistenza.

In odontoiatria è rimborsabile solo la prima visita che definisce il piano di trattamento, mai le visite successive di controllo. Il Socio, per ricevere rimborsi o l'assistenza in forma diretta delle cure, deve aderire anche alla specifica assistenza.

**Nessun rimborso è previsto** per le prestazioni di medicina generica e/o infermieristica, comprendenti le iniezioni, le fleboclisi, le vaccinazioni, ecc. Gli associati al livello C e D hanno diritto a prestazioni di medicina generica e/o infermieristica, secondo quanto previsto nel piano di assistenza, esclusivamente da parte di operatori delle strutture co-gestite dalla mutua.

### **• Terapie fisioterapiche e logopediche**

Per ottenere i rimborsi previsti è necessario trasmettere, unitamente alle relative fatture, il dettaglio delle terapie eseguite (tipo delle terapie e numero di sedute) e copia del nulla-osta del direttore della mutua. Deve risultare chiaramente l'abilitazione professionale in fisiokinesiterapia o in logopedia della persona che ha effettuato le prestazioni o, nel caso di terapie praticate presso appositi centri, la specializzazione del centro stesso (sono escluse le palestre e i centri benessere).

Per le cure domiciliari valgono le stesse regole e gli stessi rimborsi.

- **Ticket**

Vi è il rimborso integrale di tutti i ticket delle prestazioni diagnostiche e delle visite specialistiche, fino a concorrenza dell'importo previsto nel piano d'assistenza per la prestazione corrispondente. Inoltre si rimborsano i ticket per le terapie fisiche e le cure termali nei limiti previsti da ciascuna tipologia di prestazioni.

- **Piccola chirurgia ambulatoriale**

Per ricevere il contributo sugli interventi eseguiti in regime ambulatoriale o in day surgery è sempre indispensabile produrre oltre alla fattura, la certificazione, rilasciata dal medico specialista esecutore, che indica il tipo di intervento praticato e copia del nulla-osta ottenuto dal direttore della mutua.

- **Cure termali**

Il rimborso per le cure termali è annuale e viene riconosciuto solo se le stesse sono state effettuate presso stabilimenti all'uopo attrezzati ed autorizzati, siti in località termali. Il sussidio viene riconosciuto esclusivamente per le cure termali o per gli eventuali ticket e non per le spese di soggiorno.

- **Protesi Acustiche**

Viene riconosciuto un sussidio una volta ogni tre anni per l'acquisto della protesi acustica. A protesi già in uso e collaudata vanno presentate la fattura e copia del nulla-osta.

- **Assistenza socio-sanitaria**

Il Sussidio sia per l'assistenza da parte di Operatore Socio Sanitario (o facente funzione) sia per l'assistenza infermieristica può essere erogato solo dietro presentazione di regolari fatture di spesa. Nel caso di prestazioni effettuate da infermiere deve risultare l'indicazione del diploma o della laurea.

- **Inserimento temporaneo in centri diurni e/o strutture residenziali**

Il sussidio per la frequentazione temporanea in centro diurno e/o in struttura semi-residenziale notturna co-gestiti dalla mutua o di ente convenzionato con la stessa, viene rilasciata dietro presentazione di fattura quietanzata e di copia del nulla-osta autorizzativo.

### **3) ASSISTENZA COMPLEMENTARE: Cure Odontoiatriche e ortognatodontiche**

- **Assistenza Odontoiatrica**

L'Assistenza Odontoiatrica, abbinabile ad una delle formule di assistenza C o D, consiste nell'erogare l'assistenza in forma diretta o il rimborso in forma indiretta solo per le tipologie di prestazioni elencate per la forma diretta.

L'erogazione di cure in forma diretta presso strutture gestite o co-gestite dalla stessa possono essere riconosciuti per un massimo di 1.300,00 € all'anno e fino alla concorrenza del 65% della fattura del dentista.

Nel caso il Socio scelga l'assistenza in forma indiretta, viene riconosciuto un sussidio fino alla concorrenza del 50% della fattura del dentista, per un massimo di 1.300,00 € all'anno.

Saranno prese in considerazione solo fatture di Medici Odontoiatri regolarmente iscritti negli Albi dei Medici Chirurghi e Odontoiatri.

I Sussidi e le prestazioni dirette per ogni cura odontoiatrica devono intendersi omnicomprensivi di tutte le fasi. Ad esempio nell'ipotesi dell'impianto non viene riconosciuto l'ulteriore sussidio per la corona.

Per ottenere il sussidio è necessario produrre copia del nulla-osta del direttore della mutua, la fattura in originale del dentista, da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite e dei denti su cui è intervenuto, e le ortopantomografie.

Il sussidio o la prestazione diretta non può essere riconosciuto per lo stesso dente per non più di una volta ogni 5 anni.

Il sussidio per implantologia, nell'ipotesi di insuccesso, non è ammesso nuovamente per lo stesso dente.

Prima dell'erogazione del contributo, la MG si riserva di chiedere ai propri associati, che usufruiscono dell'assistenza indiretta, di farsi visitare dai propri medici di fiducia per verificare la corretta ed effettiva esecuzione delle prestazioni eseguite ed elencate nelle fatture.

#### • **Cure ortognatodontiche**

L'Assistenza ortodontica, abbinabile ad una delle formule di assistenza C o D, prevede l'erogazione di prestazioni in forma diretta o l'erogazione di un sussidio annuale in forma indiretta fino al compimento del 18° anno di età.

Il trattamento ortognatodontico, che deve essere eseguito da medico-chirurgo odontoiatra, deve essere espressamente motivato e prescritto con specifico programma di trattamento (fotografie, analisi dei modelli, cefalometria, etc.); solo in tal modo si può ottenere il nulla-osta del direttore della mutua.

Il Socio, che opta per l'assistenza indiretta, per ottenere il sussidio deve produrre copia del nulla-osta e la fattura in originale del dentista, da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite.

La mutua si riserva di chiedere ai propri associati, che usufruiscono dell'assistenza indiretta di farsi visitare dai propri medici di fiducia per verificare la corretta ed effettiva esecuzione delle prestazioni eseguite ed esposte nelle fatture.

#### **4) ASSISTENZA COMPLEMENTARE: Assistenza psicoterapica**

Comprende

- psicoterapie brevi individuali ad orientamento psicodinamico, ad orientamento cognitivo/comportamentale;
- psicoterapie di gruppo;
- visite psichiatriche per prescrizione psicofarmacologica;
- gruppi di auto-aiuto per pazienti oncologici, cardiologici, con insufficienza respiratoria, neurolesi, con dipendenza tabagica o alcolica;
- gruppi di auto-aiuto per familiari di pazienti psichiatrici e di pazienti affetti da demenze;
- programmi psicoeducazionali su psicologia del lavoro per enti pubblici e aziende;
- programmi psicoeducazionali per giovani, polisportive, giovani coppie, genitori, scuole;
- sedute di consulenza familiare per famiglie in crisi o con conflitti di difficile gestione;
- incontri di mediazione familiare, sociale e penale.

L'Assistenza psicoterapica, così definita, si eroga solo in aggiunta alla sottoscrizione di una delle formule di assistenza C o D; nel caso risulti associato solo il singolo richiedente e non tutto l'intero nucleo familiare ovvero la persona vive da sola, per beneficiare dell'assistenza psicoterapica occorre l'adesione al piano D e vi è un aumento del 50% del contributo annuale.

Il Socio che richiede di intraprendere uno dei trattamenti indicati, dovrà sottoporsi ad una visita specialistica da parte di uno specialista della mutua, che fornirà al direttore della mutua un giudizio sulla congruità della richiesta.

La mutua può decidere anche erogazioni parziali o rifiutare la richiesta, motivando la decisione in una risposta scritta.

L'erogazione è possibile in forma diretta per prestazioni che avvengono presso strutture gestite o co-gestite dalla mutua e per le attività riportate nel piano d'assistenza, in cui sono evidenziate le singole voci di costo, e per un rimborso massimo di 1.000,00 € all'anno.

Nel caso il socio si avvale di assistenza in forma indiretta per ottenere il sussidio – per un rimborso massimo di 1.000,00 € all'anno – deve produrre copia del nulla-osta e la fattura in originale dello psicoterapeuta, da cui si rilevi il dettaglio delle sedute eseguite.

Saranno prese in considerazione solo fatture di medici psichiatri o di psicologi psicoterapeuti, regolarmente iscritti rispettivamente negli Albi dei Medici Chirurghi e negli Albi degli psicologi.



**MUTUA GEMINIANA**

**Mutua di assistenza sanitaria, socio-sanitaria  
e socio assistenziale integrativa**

**Anche il Banco S. Geminiano e S. Prospero – Gruppo Banco Popolare è  
al tuo fianco con Mutua Geminiana per un futuro più sereno.**

Al 2020 il numero degli ultraottantenni raddoppierà rispetto ad oggi; lo Stato e le Regioni non hanno le risorse finanziarie necessarie per garantire assistenza e cure adeguate per affrontare l'aumento esponenziale di malattie croniche e condizioni di non-autosufficienza (per garantire i servizi sanitari idonei lo Stato dovrebbe impegnare oltre il 10% del Pil).

Oltre alla MG, che ha pensato al tuo futuro con la creazione di 2 fondi ( uno per le cure sanitarie e l'altro per le prestazioni assistenziali domiciliari e/o di inserimento in strutture semi-residenziali o residenziali), i Soci di MG potranno usufruire di un **conto speciale presso il Banco S. Geminiano e S. Prospero – Gruppo Banco Popolare** – per favorire l'accantonamento di somme da utilizzare nel caso di bisogno assistenziale.

Queste somme verranno depositate in **un c/c di accantonamento intestato al Socio, dedicato esclusivamente a questa iniziativa, e beneficieranno di un tasso particolarmente vantaggioso**, legato all'euribor.

Questo consentirà di costruire nel tempo una riserva importante per sé o i propri famigliari, a cui attingere nel caso di bisogno assistenziale per temporanea e/o permanente non-autosufficienza.

In caso di bisogno il Socio attingerà dal fondo per la non-autosufficienza della Mutua Geminiana e potrà avere a disposizione il proprio **“fondo” individuale presso il Banco S. Geminiano e S. Prospero.**

Per ulteriori informazioni sul conto di accantonamento ci si può rivolgere all'**Ag. C di Modena del Banco S.Geminiano e S.Prospiero** in Via Giardini 470/a, presso il Direzionale '70, – **numero 059353198**

Si precisa che l'iscrizione alla Mutua Geminiana non obbliga assolutamente all'apertura di un c/c di accantonamento individuale presso il Banco S. Geminiano e S. Prospero.

Quanto proposto vuol essere solo un suggerimento per affrontare al meglio un bisogno di assistenza.