

● DEFINIZIONE DEI TERMINI USATI NEL REGOLAMENTO SOCIALE	03
● INSIEME SALUTE TOSCANA	05
● AVVERTENZE	06
● ARTICOLI DEL REGOLAMENTO SOCIALE	08
● TABELLA	12

DEFINIZIONE DEI TERMINI USATI NEL REGOLAMENTO SOCIALE

● ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

● ACCOMPAGNATORE

La persona che assiste e segue l'assistito, permanendo all'interno dell'Istituto di Cura e sostenendo le spese di carattere alberghiero (vitto e pernottamento).

● ASSISTENZE

Piani sanitari offerti al socio.

● ASSISTITO

Il soggetto che beneficia dei contenuti del Piano Sanitario dedicato.

● CONTRIBUTI ASSOCIATIVI

Importo del Piano Sanitario prescelto.

● DAY HOSPITAL

Degenza diurna necessaria alla somministrazione di terapie chemio o radio in Istituto di Cura e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

● DIARIA

È l'indennità dovuta da IST al socio in caso di ricovero.

● DIFETTO FISICO

Deviazione del normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

● DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA

L'insieme dei documenti indispensabili per poter ricevere il rimborso da IST e la cui elencazione è stabilita all'interno del Regolamento.

● DOMANDA DI ISCRIZIONE A SOCIO

Documento che prova l'adesione ad IST in qualità di socio e che dà diritto a sottoscrivere il piano

sanitario prescelto per sé e per i componenti della propria famiglia.

● FRANCHIGIA

La somma determinata in misura fissa o variabile che rimane a carico del socio.

● INDENNITÀ

È il contributo erogato in risarcimento del danno sofferto.

● INTERVENTO CHIRURGICO

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

IST INSIEME SALUTE TOSCANA

● ISTITUTO DI CURA

Ospedale, clinica, Istituto Universitario o casa di cura, sia in convenzione con il SSN sia privata, regolarmente autorizzati dalle competenti autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno, e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

● MALATTIA

Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

● MALFORMAZIONE

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

● MASSIMALE

La disponibilità unica ovvero la spesa massima liquidabile per ciascun associato per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno associativo.

● NUCLEO FAMILIARE

Il coniuge od il convivente more uxorio ed i figli conviventi fiscalmente a carico.

● PIANO DI CURE ODONTOIATRICO

È il documento, compilato dall'odontoiatra, che elenca i procedimenti curativi che saranno adottati per la definizione della prestazione, con i numeri di codice identificativi, che deve essere preventivamente trasmesso ad IST, dall'associato.

● PIANO SANITARIO

Insieme delle assistenze prescelte.

● PREESISTENZE

Patologie diagnosticate all'associato precedentemente alla data di adesione ad IST.

● QUOTA DI ISCRIZIONE

La quota versata dal socio, una tantum, per essere iscritto alla Mutua.

● RETTA DI DEGENZA

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

● RIMBORSO

La somma che IST ritorna al socio a fronte della spesa sostenuta per una prestazione così come previsto dal proprio Piano Sanitario.

● SOCIO ORDINARIO

Il soggetto persona fisica iscritta a IST che può beneficiare delle prestazioni.

● STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui IST ha definito un accordo.

● SUSSIDIO

La liberalità che il Consiglio di Amministrazione può decidere di erogare a soci che si trovino in particolare condizioni di disagio economico o sociale.

● VARIAZIONE DI PIANO

Il passaggio da un piano sanitario ad un altro che un socio può chiedere di fare.

● VISITA SPECIALISTICA

La visita effettuata da un medico fornito di specializzazione.

INSIEME SALUTE TOSCANA

INSIEME SALUTE TOSCANA (IST)

SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO CHE
EROGA A FAVORE DEI PROPRI SOCI LE
PRESTAZIONI OGGETTO DEL PRESENTE
REGOLAMENTO SOCIALE

Il presente regolamento sociale si prefigge l'obiettivo di fornire ai soci di IST delucidazioni sulle prestazioni e sulle modalità da seguire in caso di richiesta di rimborso.

Si raccomanda di seguire le norme e le procedure indicate nella presente guida per garantire il rispetto dei termini e degli impegni assunti dalle singole parti.

Per ogni ulteriore informazione o chiarimento i soci possono rivolgersi direttamente a IST ai seguenti contatti:

telefono 055.210211 - 285961 - 219317 - 211902

Numero Verde 800.685518

fax: 055.2398176

e-mail segreteria@insiemesalutetoscana.it

sito internet www.insiemesalutetoscana.it

● SCOPI DI IST

IST non ha alcun fine di speculazione e di lucro, opera unicamente a favore dei propri soci e dei loro familiari, intende far partecipare gli stessi ai benefici della mutualità associativa. Pertanto si propone di:

- promuovere e gestire fondi mutualistici integrativi e complementari dell'assistenza sanitaria prevista dal servizio sanitario nazionale, sia in forma diretta sia indiretta anche stipulando convenzioni con presidi e strutture sanitarie sia pubbliche sia private;
- erogare agli associati assistenze previdenziali economiche e sanitarie ad integrazione delle prestazioni previste dalle vigenti legislazioni in materia previdenziale e sanitaria, nei limiti e con le modalità stabilite dagli Organi sociali;
- promuovere stili di vita corretti finalizzati al benessere;
- diffondere il rafforzamento dei principi della mutualità e dei legami di solidarietà fra i soci, nonché di quant'altro previsto all'art. 3 dello Statuto di IST.

Le avvertenze costituiscono parte integrante del regolamento per una corretta applicazione dello stesso.

● VISITA SPECIALISTICA

Sono rimborsabili solamente le visite specialistiche a scopo diagnostico con l'esclusione di quelle che si sono rese necessarie per la risoluzione dell'evento patologico. La documentazione di spesa deve riportare inequivocabilmente il titolo accademico di specializzazione del medico che deve essere attinente alla patologia che ha reso necessaria la visita, gli estremi anagrafici e la Partita IVA.

● MEDICINALI - MATERIALI SANITARI

Sono rimborsabili, nella misura prevista, esclusivamente i medicinali utilizzati durante il ricovero e regolarmente esposti nella fattura rilasciata dalla struttura sanitaria, compreso il sangue e i suoi derivati che devono essere addebitati seguendo le normative vigenti sulla materia specifica.

Sono rimborsabili, nella misura prevista, tutti i materiali sanitari utilizzati durante il ricovero in struttura sanitaria e regolarmente esposti in fattura. I prezzi fatturati non possono comunque superare quelli pubblicati annualmente dall' "Informatore Farmaceutico".

Non sono previsti rimborsi per:

- spese per magazzino dei medicinali;
- diritti di segreteria;
- diritti amministrativi;
- rilascio copia cartella clinica;
- rilascio copie radiografiche;
- CD, DVD.

Per quanto riguarda i materiali ed i medicinali utilizzati nel corso degli interventi chirurgici di natura odontoiatrica, i costi sono inclusi nelle tariffe massime di rimborso delle prestazioni stesse e non sono liquidabili se esposti in fattura.

● USO SALA OPERATORIA

La spesa per l'uso della sala operatoria è rimborsabile in base alle apposite tariffe in

relazione alla tariffa prevista per l'intervento subito, sempre ovviamente entro i limiti della spesa effettivamente sostenuta; il rimborso viene quindi a sommarsi a quello riconosciuto per l'intervento stesso. La tariffa per la sala operatoria comprende l'uso di qualsiasi attrezzatura, salvo quanto specificatamente descritto alla voce -Interventi Chirurgici. Il rimborso per la sala ambulatoriale si intende comprensivo dei medicinali e dei materiali sanitari.

● INTERVENTI CHIRURGICI

La tariffa prevista per le singole voci è onnicomprensiva delle prestazioni effettuate da tutti i partecipanti all'atto chirurgico (operatore, aiuti, assistenti, anestesista, ecc.) rilevabili dal verbale della sala operatoria all'interno della cartella clinica e dell'assistenza prestata dall'intera équipe chirurgica durante il ricovero fino alle dimissioni.

Per gli interventi chirurgici eseguiti con strumenti/apparecchiature particolari si intendono applicate le medesime tariffe previste per gli interventi eseguiti tradizionalmente, eventualmente maggiorate delle tariffe previste nel Tariffario IST, ed esclusivamente per quelle indicate.

In caso di interventi chirurgici concomitanti e contemporanei, anche se la via di accesso è diversa ma eseguiti nella stessa seduta operatoria, viene applicata, nei limiti ovviamente della spesa sostenuta, la tariffa massima riferita all'intervento principale o comunque economicamente più oneroso, mentre per l'altro o per gli altri interventi la relativa tariffa massima si intende ridotta del 50%. In tutti i casi, il tipo di intervento eseguito deve risultare inequivocabilmente dal registro della sala operatoria descritto nella cartella clinica. Per quanto riguarda gli interventi eseguiti ambulatorialmente è indispensabile produrre opportuna e dettagliata certificazione/relazione su carta intestata, rilasciata dal medico, circa il tipo di intervento praticato dal medesimo.

Sono tassativamente esclusi dal rimborso: atti chirurgici e/o terapie mediche connesse ad infertilità e/o sterilità maschile e femminile; atti chirurgici per l'impotenza maschile e frigilità femminile; tutte le cure e/o gli interventi di natura estetica e tutte le prestazioni e/o gli interventi chirurgici ad essi collegabili o conseguenti ad eventuali precedenti interventi chirurgici o cure.

● ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Per gli esami radiologici e per gli accertamenti diagnostici di medicina nucleare le relative tariffe si riferiscono ad esami completi delle proiezioni e del numero di radiogrammi necessari per una indagine esaustiva.

- I Ticket devono sempre essere accompagnati dalla richiesta medica e dalla prenotazione;
- Saranno sempre rimborsabili a meno che la prestazione non rientri nelle esclusioni elencate nel Regolamento Sociale e nel Piano Sanitario.

● TERAPIE FISIOKINESITERAPICHE

Le tariffe sono onnicomprensive dei materiali d'uso e medicinali.

Per accedere ai previsti rimborsi è necessario trasmettere, unitamente alle relative fatture, il dettaglio delle terapie eseguite (tipo delle terapie e numero) nonché la prescrizione medica con relativa diagnosi certa della patologia che le ha rese necessarie e indispensabili.

Deve inoltre risultare chiaramente l'abilitazione professionale in fisioterapia della persona che ha effettuato e fatturato le prestazioni o, nel caso di terapie praticate presso centri autorizzati ad eseguire prestazioni di carattere riabilitativo (autorizzazioni rilasciate dalle Autorità competenti), la specializzazione del centro medesimo. Si ricorda che la qualifica professionale di fisioterapista della riabilitazione non è in possesso, ad esempio, di chinesiologi, massaggiatori estetici e/o sportivi, laureati ISEF/IUSM, operatori shiatsu, laureati in chiropratica, riflessologi, posturologi, naturopati, etc.

Ai sensi del D.P.R. 26/10/1972 n. 633 e successive modificazioni ed integrazioni, ai fini dell'applicazione dell'IVA, le prestazioni dei medici-chirurghi - odontoiatri sono esenti da IVA.

Le strutture sanitarie applicano l'IVA per:

- I servizi (degenza, sala operatoria, materiali,

medicinali). La retta di degenza è ivata al 22% nelle Strutture Sanitarie Private non accreditate; è ivata al 10% in molte Strutture Sanitarie Private accreditate;

- Prestazioni diagnostiche, visite specialistiche e prestazioni fisiokinesiterapiche, in fase di ricovero, se eseguite e fatturate dalla stessa struttura sanitaria autorizzata per i ricoveri. IST non prevede il rimborso per tale imposta che, sia nella forma diretta sia nella indiretta, rimane a totale carico dell'iscritto/assistito.

● ECCELENZE A CARICO DELL'ISCRITTO NELLA FORMA DIRETTA

Si ricorda agli iscritti che le eccedenze possono variare da Struttura a Struttura convenzionata in forma diretta, fermo restando il medesimo rimborso da parte di IST per le prestazioni riconosciute come rimborsabili contenute nel Tariffario in vigore. Per tale motivo, si suggerisce di chiedere sempre un preventivo di spesa di massima alle strutture sanitarie convenzionate in forma diretta, in particolar modo per i ricoveri con o senza intervento chirurgico.

● CURE ESEGUITE IN PAESI ESTERI

Si ricorda che IST interviene economicamente anche a fronte delle spese sostenute all'estero presso medici e/o strutture sanitarie, nella stessa misura ed alle stesse condizioni previste per le cure effettuate in Italia.

ARTICOLI DEL REGOLAMENTO SOCIALE

REGOLAMENTO SOCIALE

ART. 1

Il presente Regolamento è redatto ai sensi dello Statuto della Società di Mutuo Soccorso Insieme Salute Toscana - Firenze.

ART. 2

I Piani Sanitari di IST consistono in assistenze integrative, complementari o sostitutive dell'Assistenza Sanitaria Nazionale, e che sono specificate all'interno di ogni singolo Piano Sanitario sottoscritto.

ADESIONI-VARIAZIONI-NEONATI

ART. 3

Possono essere iscritti a ist:

- a) le singole persone;
- b) lavoratori della stessa azienda o della stessa categoria professionale che esprimono il rapporto associativo come volontà collettiva non contrattualizzata;
- c) dipendenti di un'azienda che esprimono il rapporto associativo come volontà mediata da una contrattazione aziendale interna o da un regolamento interno;
- d) i lavoratori di aziende che fanno parte di una stessa categoria di lavoro sulla base dell'integrativo sanitario proposto dal rinnovo del CCNL;
- e) altre Società di Mutuo Soccorso secondo il meccanismo della mutualità mediata.

ART. 4

Per poter beneficiare di qualunque forma di assistenza da parte di IST è necessario iscriversi come socio e versare i contributi associativi fissati per ciascun tipo di **Piano Sanitario** prescelto. Le domande di iscrizione devono essere compilate sull'apposito modulo completo di tutte le informazioni richieste. Le domande devono essere accompagnate dalla ricevuta del versamento della quota di iscrizione e dei contributi associativi fissati per ciascun tipo di **Piano Sanitario** nonché dal certificato di stato di famiglia o da una

dichiarazione sostitutiva di certificazione, come previsto dalla legislazione vigente e l'informativa privacy per il trattamento dei dati personali. IST ha comunque la facoltà di chiedere, ad integrazione delle domande, tutti gli ulteriori documenti necessari.

Possono iscriversi ad IST tutti coloro che non hanno compiuto i 71 anni di età. I soci già iscritti potranno continuare a godere del piano sanitario sottoscritto senza alcun limite di età.

È obbligatoria l'iscrizione dell'intero nucleo familiare (ossia di tutte le persone presenti nello stato anagrafico di famiglia del richiedente, compresi i conviventi), salvo diversa disposizione del Consiglio di Amministrazione. In particolare, eventuali deroghe a tale norma possono essere concesse in caso di documentata iscrizione di familiari ad altra forma mutualistica o di garanzia, conseguente a contratto di lavoro o accordo aziendale. Dall'obbligo di iscrizione sono esclusi quei membri del nucleo familiare che hanno già compiuto i 71 anni di età.

Il socio che ha versato la quota di iscrizione ad IST può sottoscrivere uno o più **Piani Sanitari**. Questi **Piani Sanitari** hanno una durata biennale obbligatoria oltre l'anno di iscrizione. Trascorso tale termine il rinnovo è facoltativo e su base annuale. Il socio può recedere da IST come stabilito dall'art. 9 dello Statuto.

La quota di iscrizione pro-capite si versa una sola volta all'atto dell'iscrizione.

Il socio sceglie uno o più **Piani Sanitari** come previsto dall'Art. 2, versandone le relative quote secondo modalità e limiti stabiliti con delibera del Consiglio di Amministrazione.

L'adesione del socio a nuove forme di **assistenza** - aggiuntive o sostitutive di quelle alle quali aveva già aderito (variazione) - comporta l'osservanza di tutte le norme stabilite dal Consiglio di Amministrazione relative alle variazioni assistenziali da lui effettuate.

La facoltà di variazione deve, comunque, essere esercitata entro il 30 novembre di ogni anno, con l'applicazione della **decorrenza** prevista dall'art. 10 del Regolamento.

ART. 5

I soci possono iscrivere i loro figli entro trenta giorni dalla nascita. Questo dà diritto immediato ad usufruire del piano sanitario dei genitori in forma gratuita per i primi tre anni.

ART. 6

Cessazione dalla qualità di socio per recesso od esclusione.

Il socio può recedere da IST attraverso la trasmissione di una comunicazione scritta al Consiglio di Amministrazione, così come previsto dall'Art.9 dello statuto.

Il Consiglio di Amministrazione può deliberare l'esclusione del Socio, come previsto dall'art. 10 dello Statuto, nei seguenti casi:

- a) inadempienza o inosservanza da parte del socio dello Statuto o del Regolamento;
- b) morosità del Socio nel pagamento dei contributi associativi;
- c) simulazione del verificarsi delle condizioni idonee ad ottenere le prestazioni mutualistiche di IST;
- d) comportamenti del Socio dannosi in genere per IST o il suo funzionamento.

ESCLUSIONI DALLE ASSISTENZE

ART. 7

I soci non possono ottenere i rimborsi per malattie (nonché le sequele e le manifestazioni morbose a quelle etiopatogenicamente rapportabili) preesistenti alla data della loro iscrizione o a quella di variazione della loro posizione assistenziale. Sono inoltre escluse dal rimborso le spese per:

1. i ricoveri per malattia;
2. le malattie congenite;
3. le insemminazioni artificiali;
4. le cure estetiche tutte, blefaroplastica compresa;
5. le malattie e/o gli infortuni provocati da fatti colposi di terzi;
6. le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici insorti anteriormente alla domanda di ammissione ad IST;
7. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
8. la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
9. gli infortuni derivanti da sport aerei, dalla partecipazione a corse, gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento;

10. gli infortuni e/o le malattie sofferte in conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente dal socio, nonché quelle derivate da risse, ubriachezza, maneggio di armi o, in genere, da manifesta imprudenza;

11. le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla domanda di ammissione a IST;

12. l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici;

13. le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;

14. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici.

Il diritto ad ottenere i rimborsi, i contributi e le indennità si prescrive decorsi 45 giorni dalla data in cui sono state effettuate le prestazioni.

Il ricorso a prestazioni di Day-Hospital è riconosciuto esclusivamente nei casi di chemioterapia o radioterapia e nei casi preventivamente autorizzati da IST. Nessuna prestazione, sia nei casi di ricovero sia di Day-Hospital, è ammissibile se dalla documentazione inviata a IST non risulti chiaramente essere stata erogata da un ospedale pubblico o casa di cura.

QUOTA DI ISCRIZIONE E DEI CONTRIBUTI ASSOCIATIVI

ART. 8

Il Consiglio di Amministrazione in sede di redazione del bilancio preventivo provvederà contemporaneamente a determinare l'importo della quota di iscrizione e delle quote per il Piano Sanitario annue e pro capite che decorreranno dal primo giorno dell'anno cui il bilancio preventivo stesso si riferisce. Le quote di iscrizione potranno essere ridotte per le famiglie composte da tre o più persone con sconti percentuali stabiliti dal Consiglio di Amministrazione.

Il Consiglio di Amministrazione, al fine di promuovere accordi collettivi aziendali o specifici protocolli d'intesa, può applicare una riduzione sia della quota d'iscrizione sia della quota per le assistenze in favore dei lavoratori e dei soci delle cooperative o altre aziende o Enti. In relazione al tipo di accordo o di protocollo di intesa, il Consiglio di Amministrazione può, di volta in volta, applicare una riduzione della quota d'iscrizione e

della quota per le assistenze, anche in favore dei familiari e dei conviventi dei soci e/o dei lavoratori suddetti.

ART. 9

Le quote per i Piani Sanitari debbono essere pagate in via anticipata e di norma entro i primi 31 giorni dell'anno. È ammesso anche il pagamento di due rate con le seguenti scadenze:

-1° rata: entro il 31 gennaio;

-2° rata: entro il 30 giugno.

In presenza di accordi aziendali, particolari forme di pagamento potranno essere accordate dal Consiglio di Amministrazione.

I soci che aderiranno a IST durante l'anno verseranno le quote, per le assistenze prescelte, pari a tanti dodicesimi quanti sono i mesi che separano il momento dell'iscrizione dal 31 dicembre.

Qualora il socio non provveda al pagamento entro il periodo indicato, i suoi diritti resteranno sospesi e potranno essere riacquistati in futuro con la carenza di 30 giorni, mediante il pagamento delle rate scadute. Se tale morosità supera i quattro mesi, il socio potrà riacquistare i suoi diritti con una carenza di mesi tre.

Qualora il socio effettui il pagamento delle quote in ritardo e dopo il 30 giugno di ogni anno, dovrà versare una maggiorazione del 2% per spese forfettarie.

La morosità è causa di decadenza automatica al termine di ogni anno.

La sospensione del pagamento non libera il socio dall'obbligo legale del saldo delle quote dell'anno in corso.

ART. 10

Decorrenza delle prestazioni.

La decorrenza dei termini per usufruire dei rimborsi è stabilita nella misura di 90 giorni dal giorno di sottoscrizione del Piano Sanitario prescelto.

In caso di ricovero avvenuto durante il primo anno di sottoscrizione del Piano Sanitario, IST corrisponderà al socio un rimborso pari al 50% di quanto previsto dal proprio Tariffario.

ART. 11

Modalità di erogazione dei rimborsi.

Verranno accettate solo ed esclusivamente le richieste di rimborso relative a spese sanitarie preventivamente autorizzate da IST. I soci

dovranno pertanto mettersi in contatto con IST (per telefono, email, fax o di persona) prima di effettuare una qualsiasi spesa sanitaria che intendano farsi rimborsare.

Per ottenere il rimborso delle prestazioni, il socio deve presentare le seguenti documentazioni di spesa (vedi Scheda):

Prestazioni erogate da strutture private

fatture di spesa, dettaglio degli esami eseguiti e prescrizione medica (può essere sia del medico di base sia dello specialista) contenente l'indicazione dettagliata degli esami da eseguire, la diagnosi accertata o presunta e/o la sintomatologia per cui sono richiesti gli esami.

Prestazioni erogate da strutture pubbliche

ricevute comprovanti il pagamento del ticket e prescrizione medica (può essere sia del medico di base sia dello specialista) contenente l'indicazione dettagliata degli esami da eseguire, la diagnosi accertata o presunta e/o la sintomatologia per cui sono richiesti gli esami.

Visite specialistiche private

parcella del medico specialista e richiesta del medico di base.

Al termine di ogni ricovero il socio deve produrre i seguenti documenti:

Per i ricoveri a pagamento

fatture di spesa effettivamente a carico del socio e richiesta del medico di base.

Per i ricoveri in corsia comune

certificato di degenza che indichi il giorno di ingresso e quello di dimissione. IST potrà richiedere ogni altra documentazione relativa al ricovero ed alla patologia che lo ha determinato.

ART. 12

È facoltà del Consiglio di Amministrazione, in deroga a quanto previsto dal presente Regolamento, di deliberare in casi particolari l'ammissione a socio oltre i limiti di età, e l'obbligatorietà dell'iscrizione di tutti i componenti del suo nucleo familiare. Il Consiglio può altresì erogare sussidi ai soci che si trovino in particolari condizioni di disagio economico o sociale.

ART. 13

Nel caso di particolari situazioni di disagio economico e/o sociale e a fronte di rilevanti spese da sostenere per un intervento chirurgico, il socio potrà richiedere al Consiglio di Amministrazione un'anticipazione. Questa, se approvata dal Consiglio di Amministrazione, non potrà superare il 50% del preventivo di rimborso che IST corrisponderà alla struttura erogatrice della prestazione come acconto sul ricovero.

La Scheda che segue riassume queste informazioni in modo pratico.

TABELLA

COSA DEVO FARE?

Esami stratigrafici e contrastografici ("anche digitale").

Mettiti in contatto con IST (per telefono, email, fax o di persona) prima di effettuare una qualsiasi spesa sanitaria che intendi farti rimborsare.

NB VERRANNO ACCETTATE SOLO ED ESCLUSIVAMENTE LE RICHIESTE DI RIMBORSO RELATIVE A SPESE SANITARIE PREVENTIVAMENTE AUTORIZZATE DA IST

Una volta autorizzata la spesa da IST, dove posso recarmi?

E cosa devo presentare a IST per ottenere un rimborso?

STRUTTURE PRIVATE

- **Prescrizione medica** (può essere sia del medico di base sia dello specialista) contenente l'indicazione dettagliata degli esami da eseguire, la diagnosi accertata o presunta e/o la sintomatologia per cui sono richiesti gli esami;
- **Fatture di spesa**
- **Dettaglio degli esami**

STRUTTURE PUBBLICHE

- **Prescrizione medica** (può essere sia del medico di base sia dello specialista) contenente l'indicazione dettagliata degli esami da eseguire, la diagnosi accertata o presunta e/o la sintomatologia per cui sono richiesti gli esami;
- **Ricevute comprovanti il pagamento del ticket**

VISITE SPECIALISTICHE PRIVATE

- Richiesta del medico di base
- Parcella del medico specialista

PER I RICOVERI IN CORSIA COMUNE

- Certificato di degenza che indichi il giorno di ingresso e quello di dimissione

PER I RICOVERI A PAGAMENTO

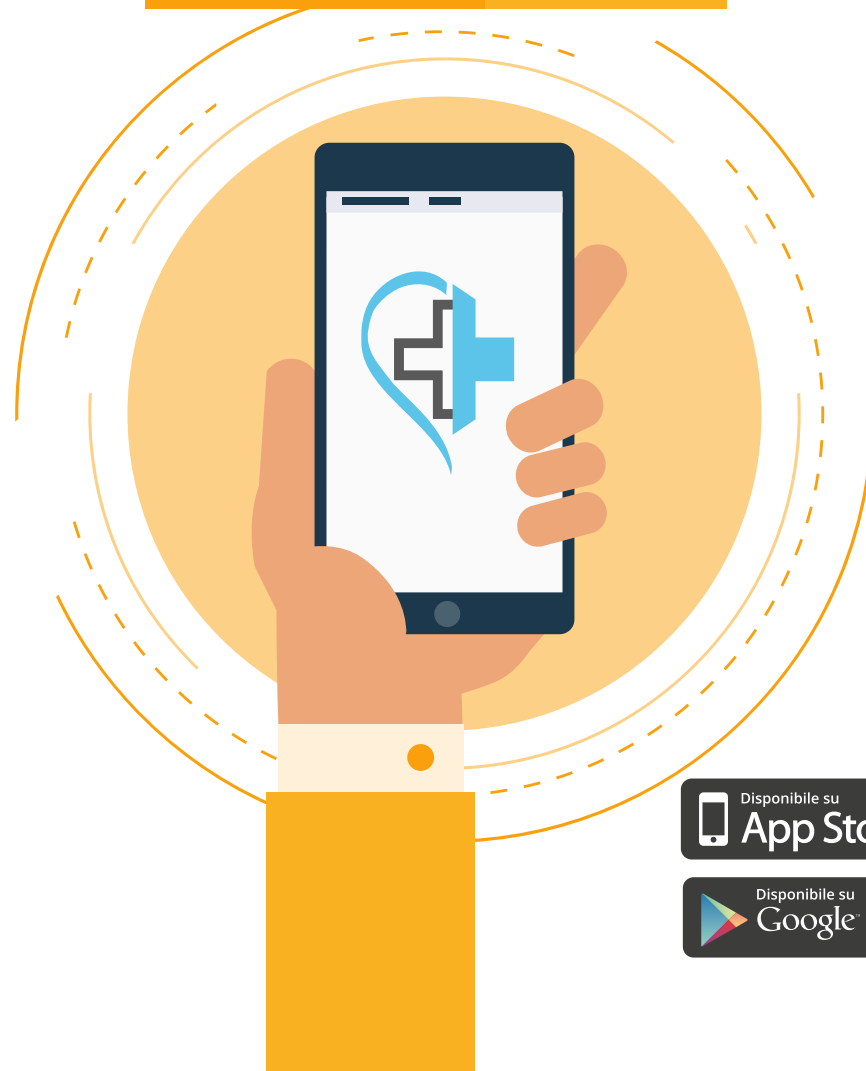
- **Richiesta del medico di base**
 - **Fatture di spesa effettivamente a carico del socio**
- IST potrà richiedere ogni altra documentazione relativa al ricovero ed alla patologia che lo ha determinato.

I rimborsi di **Insieme Salute Toscana** sono integrativi di eventuali rimborsi dovuti dalle ASL o da altri enti mutualistici o compagnie di assicurazione per i quali i soci devono fare regolare richiesta. Nel caso di rimborso ad integrazione di altri soggetti, Insieme Salute Toscana liquiderà al socio la differenza tra l'importo determinato come rimborsabile e la somma a carico di altri.

NOTE

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

SCARICA L'APP



Numero Verde
800-68.55.18
servizio gratuito

INSIEME SALUTE TOSCANA

📍 Largo Alinari, 21 - 50123 Firenze
☎ Tel. 055 210211 - Fax 055 2398176
✉ segreteria@insiemesalutetoscana.it
🌐 www.insiemesalutetoscana.it

Disponibile su
App Store

Disponibile su
Google play



La salute è un dono
proteggiamola
insieme

