

REGOLAMENTO SOCIALE

Art. 1 - Il presente Regolamento è quello della Società di Mutuo Soccorso “Insieme Salute” con sede in Roma.

LE PRESTAZIONI

Art. 2 – Le prestazioni della Mutua, in conformità allo stato di attuazione del Servizio Sanitario Nazionale consistono in assistenze integrative e complementari dell’assistenza pubblica e precisamente:

- a) rimborso spese per assistenza specialistica ambulatoriale;
- b) rimborso spese per ricoveri in ospedali pubblici e privati, case di cura, in Italia e all’estero;
- c) assistenza odontoiatrica;
- d) indennità economiche giornaliere per malattie e infortuni;
- e) assistenza domiciliare e ospedaliera;
- f) previdenza integrativa.

Le caratteristiche delle varie prestazioni, le modalità di erogazione, i limiti delle stesse e la loro decorrenza sono deliberate dal Consiglio di Amministrazione che stabilisce anche i limiti in ragione di età per fruire delle prestazioni e che potrà dare attuazione anche parziale alle assistenze elencate nel presente articolo.

ADESIONI-VARIAZIONI-NEONATI

Art.3 – Il Socio può aderire a tutte, a più od anche ad una sola delle varie assistenze previste all’art.2, versando le relative quote associative, secondo le modalità e i 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 e non oltre il 31 gennaio di ogni anno.

Art.4 – Per i neonati, il diritto alle prestazioni è immediato, purché iscritti entro 30 giorni dalla nascita.

ESCLUSIONI

Art.5 – I Soci non possono ottenere le prestazioni previste all’art.2 del presente Regolamento per malattie (nonché le sequele e le manifestazioni morbose a queste etiopatogenicamente rapportabili) preesistenti alla data della loro iscrizione o a quella di variazione della loro posizione assistenziale.

Sono inoltre escluse:

- le malattie nervose e / o mentali;
- le malattie congenite;
- le malattie e/ o infortuni provocati da fatti colposi di terzi;
- le conseguenze derivanti da abuso di alcolici o di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni.

Sono escluse anche le prestazioni:

- cure odontoiatriche
- per cure estetiche;
- cure termali;
- per malattie e o infortuni causati da competizioni sportive agonistiche;
- tutte le prestazioni, sia sanitarie che economiche, eseguite a scopo preventivo (con particolare riguardo ai check-up) .

Il diritto ad ottenere le prestazioni si prescrive decorsi tre mesi dalla data in cui sono state effettuate.

DAY –HOSPITAL

Il ricorso alle prestazioni di Day-Hospital è riconosciuto esclusivamente nei casi di intervento chirurgico, di chemioterapia e nei casi preventivamente autorizzati dalla Direzione Sanitaria della Mutua. **E' quindi escluso nei casi di ricovero per accertamenti diagnostici e per altri motivi.** La prestazione, nei casi di ricovero in Day-Hospital, è ammissibile al rimborso se erogata da istituto autorizzato come ospedale pubblico o casa di cura.

CONTRIBUTI ASSOCIATIVI

Art.6 – il Consiglio di Amministrazione in sede di redazione di Bilancio preventivo provvederà contemporaneamente a determinare anche la misura dei contributi associativi annui a persona che decorreranno dal primo giorno dell'anno a cui il bilancio preventivo stesso si riferisce. I contributi associativi potranno essere ridotti per le famiglie composte da più persone con sconti percentuali stabiliti dal Consiglio di Amministrazione. E' demandata al Consiglio di Amministrazione la facoltà di applicare per i nuovi iscritti un contributo di iscrizione alla Mutua.

Art. 7 – I contributi associativi debbono essere pagati in via anticipata e di norma entro i primi 31 giorni dell'anno.

E' ammesso anche il pagamento in due rate con le seguenti scadenze: 1° rata: 31 gennaio – 2° rata: 30 giugno.

In caso di accordi con soggetti collettivi, potranno essere accolte dal Consiglio di Amministrazione particolari forme di pagamento.

I Soci che aderiranno alla Mutua durante l'anno verseranno i contributi associativi per le assistenze prescelte, relativi ai tanti dodicesimi quanti sono i mesi che mancano alla fine dell'anno (31 dicembre). Se il Socio non provvede al pagamento entro il periodo indicato, i suoi diritti resteranno sospesi e potranno essere riacquistati in futuro con la carenza di giorni 30, mediante il pagamento delle rate scadute.

Se tale morosità supera quattro mesi, il Socio dovrà essere accettato da INSIEME SALUTE e potrà riacquistare i suoi diritti con una carenza di 3 mesi e dietro presentazione di un certificato medico attestante le buone condizioni di salute.

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 dei contributi annuali.

Il Socio può recedere dalla società.

Esso deve farne richiesta non oltre 90 giorni dalla scadenza annuale indirizzandola con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al Consiglio di Amministrazione della Società.

Il recesso ha efficacia con l'anno successivo.

NORME TRANSITORIE E FINALI

Il presente Regolamento entra in vigore a decorrere dall'1.1.2003 e sostituisce i precedenti.

DELIBERA CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE PER REGOLAMENTARE LE FORME DI ASSISTENZA

1. Requisiti per l'iscrizione.
2. Come si diventa socio.
3. Cosa riceve il Socio al momento dell'iscrizione ad una protezione.
4. Decorrenza.
5. Modalità per ottenere i rimborsi
 - a) per ricoveri
 - b) per esami di laboratorio, diagnostica e visite specialistiche
6. Forme di assistenza

1 REQUISITI PER L'ISCRIZIONE

Possono iscriversi ad “ INSIEME SALUTE “ tutti i cittadini.
Per poter aderire alle protezioni n.1-2-3-5 non bisogna aver superato i sessanta anni.
La protezione n.4 invece è riservata alle persone dai 60 ai 65 anni.
La protezione n. 6 è rivolta a tutti i cittadini indipendentemente dalla loro età.
E' obbligatoria l'iscrizione ad “ INSIEME SALUTE” di tutte le persone che compongono il nucleo familiare che risulta dallo stato di famiglia.

2 COME SI DIVENTA SOCIO

Il Socio compila una domanda di ammissione in apposito modulo e allega lo stato di famiglia.

Il Socio versa ad “INSIEME SALUTE” un contributo associativo di iscrizione “UNA TANTUM” (€ 52,00) a persona e il contributo associativo riguardante la protezione prescelta, secondo le modalità indicate nell'art.7 del Regolamento.

3 COSA RICEVE IL SOCIO AL MOMENTO DELL'ISCRIZIONE AD UNA PROTEZIONE

- Copia domanda di ammissione ad “INSIEME SALUTE”.
- Statuto
- Regolamento.
- Ricevuta per i contributi associativi versati.
- Tesserino “INSIEME SALUTE FIMIV”.
- Elenco delle strutture sanitarie convenzionate.

4 DECORRENZA

La decorrenza è il periodo che intercorre tra la data di iscrizione e la data in cui si ha diritto a chiedere il rimborso delle spese sostenute. Decorrenza per ricoveri: per infortunio dopo un giorno (con referto di Pronto Soccorso); per malattia o per

intervento chirurgico dopo 30 giorni; per parto e prestazioni specialistiche relative al parto dopo 300 giorni.

Decorrenza per esami di laboratorio e diagnostica, visite specialistiche e tickets: 90 giorni dalla data di iscrizione. E' facoltà di "INSIEME SALUTE" sottoporre il Socio a visita medica.

5 MODALITA' PER OTTENERE I RIMBORSI

I documenti relativi al rimborso delle prestazioni devono pervenire **entro 3 mesi** dalla data della fattura alla Società di Mutuo Soccorso "INSIEME SALUTE" P.zza di Pietra n.26 00186 ROMA.

La documentazione richiesta da INSIEME SALUTE deve essere consegnata in originale e in copia fotostatica. Le fatture devono essere fiscalmente regolari.

a) RICOVERI

Preavviso di ricovero

Il Socio è tenuto ad avvertire preventivamente "INSIEME SALUTE" del ricovero inviando (anche via fax 06.69787084) copia della richiesta di ricovero redatta dal medico curante o specialista con la diagnosi accertata o presunta per cui si richiede il ricovero.

Ricoveri urgenti

Il ricovero d'urgenza può essere effettuato senza preavviso alla Mutua.

Si considera ricovero d'urgenza il ricovero giustificato dalla comparsa di un quadro clinico acuto che, per la sua entità o il possibile insorgere di gravi ed imminenti complicazioni, renda inadeguata l'assistenza a domicilio.

Il ricovero d'urgenza deve comunque essere notificato ad "INSIEME SALUTE" entro tre giorni.

I ricoveri per terapie riabilitative sono ammessi nei seguenti casi e nel limite sottoriportato:

- situazioni successive ad interventi chirurgici sull'apparato locomotore in cui sia impedita la deambulazione o situazioni cliniche che interessano la mobilità e in cui sia determinante la necessità di controlli clinici;
- situazioni successive ad altri interventi chirurgici solo quando l'intervento riabilitativo richieda una stretta sorveglianza medica o strumentale.

Ricoveri per cure mediche

"INSIEME SALUTE" interviene nei casi di ricovero per cure mediche (senza intervento chirurgico) quando il Socio sia affetto da forme patologiche che per entità del quadro clinico, incertezza diagnostica o problemi terapeutici, comportino controlli e assistenza medica continuativa.

I presupposti possono essere:

- gravità del quadro clinico;
- rischio di complicazioni;
- incertezza diagnostica che renda indispensabili adeguati accertamenti clinici eseguibili solo in ospedale;
- trattamenti terapeutici che richiedano controlli clinici continui.

I ricoveri richiesti solo per l'esecuzione di accertamenti diagnostici non sono giustificati. Fanno eccezione le seguenti eventualità:

- presenza di situazione clinica di difficile inquadramento;
- impiego di tecniche di esecuzione o strumentazioni particolari;
- rischio nell'espletamento dell'esame clinico.

Documentazione

Il Socio deve inviare a “INSIEME SALUTE” entro tre mesi dalla data di dimissione dalla struttura sanitaria la seguente documentazione:

- copia della cartella clinica completa e del diario clinico;
- originale e fotocopia di ogni fattura di spesa e delle notule mediche rimaste effettivamente a carico del Socio.

Per i ricoveri a carico del Servizio Sanitario Nazionale è necessaria la cartella clinica.

“INSIEME SALUTE” potrà richiedere ogni altra documentazione relativa al ricovero e alla patologia che lo ha determinato.

Assistibilità

Il Socio è assistibile per un massimo di 90 giorni all'anno.

Il socio affetto da forme morbose ad andamento cronico è assistibile, nell'arco dell'intera vita associativa, per un massimo accumulato di 90 giorni per la stessa patologia.

Fermo restando il periodo massimo assistibile di 90 giorni per anno, il Socio che abbia usufruito in continuazione, anche in due anni successivi, del periodo massimo predetto, non ha diritto a nuova assistenza se non siano trascorsi 60 giorni dalla data in cui è stato raggiunto il periodo massimo assistibile.

Qualora l'iscrizione non decorra dal mese di gennaio, l'assistito avrà diritto a fruire di tanti dodicesimi di 90 giorni per quanti sono i mesi di effettiva iscrizione.

Anticipazioni

Nel caso di particolari situazioni economiche e a fronte di rilevanti spese da sostenere il Socio potrà richiedere al Consiglio di Amministrazione un'anticipazione.

Integrazione di contributi del Servizio Sanitario Nazionale o di altri Enti

I rimborsi di “INSIEME SALUTE” sono integrativi di eventuali contributi dovuti dal Servizio Sanitario Nazionale o rimborsi dovuti da altri enti mutualistici o compagnie di assicurazione per i quali i Soci devono fare regolare richiesta.

Per le patologie in cui è previsto un contributo da parte Servizio Sanitario Nazionale il socio dovrà obbligatoriamente richiedere l'apposita autorizzazione di ricovero alla ASL di competenza per aver diritto al relativo contributo. Soltanto in caso di diniego scritto da parte della ASL, “INSIEME SALUTE” prenderà in considerazione il rimborso delle spese. In caso contrario, dall'importo complessivamente rimborsabile verrà detratto quanto previsto come contributo pubblico a cui avrebbe avuto diritto il Socio.

Nel caso di rimborso ad integrazione di altri soggetti “INSIEME SALUTE” liquiderà al Socio la differenza tra l'importo determinato come rimborsabile e la somma a carico di altri.

Il rimborso delle spese sostenute o di parti di esse avverrà sulla base della documentazione finale che dimostri corrispondenza e congruità con dati clinici esposti nella proposta di ricovero, salvo l'accertamento di una diversa grave patologia o la comparsa di complicazioni durante il ricovero.

Il giorno di ingresso e quello delle dimissioni verranno computati, ad ogni effetto, come una sola giornata di degenza.

b) RIMBORSI PER ESAMI DI LABORATORIO E DIAGNOSTICA E VISITE SPECIALISTICHE

Documentazione

Per ottenere il rimborso delle spese per esami di laboratorio, diagnostica e visite specialistiche il socio deve inviare a INSIEME SALUTE entro tre mesi dalla data della fattura la seguente documentazione

- copia della prescrizione del medico di base o dello specialista con l'indicazione della **diagnosi accertata o presunta o la sintomatologia** per cui vengono richiesti gli esami o gli accertamenti diagnostici
- per la visita specialistica è necessaria la prescrizione del medico di base con l'indicazione del quesito diagnostico per il quale si richiede la visita
- originale e copia della fattura in cui siano indicati in dettaglio gli esami o gli accertamenti diagnostici o il tipo di visita specialistica **e per ciascuna prestazione il relativo importo.**
- Ricevuta originale comprovante il pagamento all'ASL dei tickets .

Esclusioni

Le prestazioni specialistiche erogate dai medici o poliambulatori, in regime di convenzionamento con il Servizio Sanitario Nazionale (D.P.R. 16/5/1980) non saranno riconosciute ai fini del rimborso. Oltre alle esclusioni previste dal Regolamento Sociale non sono rimborsabili le terapie fisiche (come fisiokinesiterapia, ultrasuoni, marconiterapia, radar, forni, elettrostimolazioni, massoterapia, ginnastica magnetoterapia, fisioterapia, tens, rebox, manipolazioni ed altre prestazioni analoghe).

Gli onorari relativi alle visite specialistiche dovranno riferirsi ad una sola prestazione. Nel caso in cui si riferiscano a più visite ne verrà rimborsata una sola.

FORME DI ASSISTENZA

PROTEZIONE N. 1

Prevede il rimborso delle spese relative ai ricoveri per malattia o per qualsiasi intervento chirurgico (compresi i grandi interventi chirurgici).

RICOVERI

Rimborso del 75% delle spese sostenute (degenza, sala operatoria, onorari medici, esami, farmaci ecc.) con un limite massimo previsto dal Tariffario “INSIEME SALUTE”. Rimborso della spesa relativa alla differenza di trattamento alberghiero in strutture pubbliche (camera a due letti, camera singola) per il periodo del ricovero che non può essere maggiore di 90 giorni all’anno.

Dal rimborso sono escluse le spese extra (telefono, televisione, ecc.).

Ricoveri all’estero

Il Socio sarà rimborsato del 75% delle spese di ricovero con il limite massimo previsto dal Tariffario di “INSIEME SALUTE”. Viene inoltre pagato un contributo giornaliero di € 77,00 per un massimo di dieci giorni.

DIARIA GIORNALIERA

Se la spesa del ricovero è a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale è previsto un contributo giornaliero di € 26,00 per un massimo di 90 giorni all’anno.

AMBULANZA

Contributo previsto per spese di autoambulanza € 500,00.

TESSERA “INSIEME SALUTE - FIMIV”

La tessera dà diritto a prestazioni nelle strutture convenzionate (cliniche, laboratori, studi odontoiatrici, terme ecc.) su tutto il territorio nazionale a tariffe agevolate.

CONTRIBUTO ASSOCIATIVO

Contributo di iscrizione a “INSIEME SALUTE” € 52,00 a persona (una tantum).

Contributo annuale € 260,00 a persona.

SCONTI PER LA FAMIGLIA

Per quanto riguarda il contributo annuale se tutto il nucleo familiare aderisce alla protezione n. 1 la terza persona ha uno sconto del 40%, la quarta persona uno sconto del 50%, la quinta persona uno sconto del 60%.

N.B. E' obbligatoria l'iscrizione alla Mutua dell'intero nucleo familiare che è presente nello Stato di famiglia.

PROTEZIONE N. 2

Prevede il rimborso delle spese relative ai ricoveri per malattia o per qualsiasi intervento chirurgico (compresi i grandi interventi chirurgici) e i rimborsi per la diagnostica collegata al ricovero nei 90 giorni prima e nei 90 giorni dopo.

RICOVERI

Rimborso del 75% delle spese sostenute (degenza, sala operatoria, onorari medici, esami, farmaci ecc.) con un limite massimo previsto dal Tariffario "INSIEME SALUTE". Rimborso della spesa relativa alla differenza di trattamento alberghiero in strutture pubbliche (camera a due letti, camera singola) per il periodo del ricovero che non può essere maggiore di 90 giorni all'anno.

Dal rimborso sono escluse le spese extra (telefono, televisione, ecc.).

Ricoveri all'estero

Il Socio sarà rimborsato del 75% delle spese di ricovero con il limite massimo previsto dal Tariffario di "INSIEME SALUTE". Viene inoltre pagato un contributo giornaliero di € 77,00 per un massimo di dieci giorni.

AMBULANZA

Contributo previsto per spese di autoambulanza € 500,00.

DIAGNOSTICA (nei 90 giorni prima e nei 90 giorni dopo l'intervento)

Per gli esami di laboratorio e per la diagnostica strumentale (es. TAC, RMN, MOC, Endoscopia, Radiologia, Angiografia, Ecografia ecc.) è previsto il rimborso dell'80% della spesa sostenuta con il limite massimo previsto dal Tariffario di INSIEME SALUTE. E' previsto il rimborso totale dei tickets pagati all'ASL.

TESSERA "INSIEME SALUTE FIMIV"

La tessera dà diritto a prestazioni nelle strutture convenzionate (cliniche, laboratori, studi odontoiatrici, terme ecc.) su tutto il territorio nazionale a tariffe agevolate.

CONTRIBUTO ASSOCIATIVO

Contributo di iscrizione a "INSIEME SALUTE" € 52,00 a persona (una tantum)

Contributo annuale € 380,00 a persona.

SCONTI PER LA FAMIGLIA

Per quanto riguarda il contributo annuale se tutto il nucleo familiare aderisce alla protezione n. 2 la terza persona ha uno sconto del 40%, la quarta persona uno sconto del 50%, la quinta persona uno sconto del 60%.

N.B. E' obbligatoria l'iscrizione alla Mutua dell'intero nucleo familiare che è presente nello Stato di famiglia.

PROTEZIONE N. 3

Prevede il rimborso delle spese relative ai ricoveri per malattia o per qualsiasi intervento chirurgico (compresi i grandi interventi chirurgici), per gli esami di laboratorio e per la diagnostica, (anche indipendentemente dal ricovero) per le visite specialistiche e i tickets del Servizio Sanitario Nazionale.

RICOVERI

Rimborso del 75% delle spese sostenute (degenza, sala operatoria, onorari medici, esami, farmaci ecc.) con un limite massimo previsto dal Tariffario “INSIEME SALUTE”. Rimborso della spesa relativa alla differenza di trattamento alberghiero in strutture pubbliche (camera a due letti, camera singola) per il periodo del ricovero che non può essere maggiore di 90 giorni all’anno.

Dal rimborso sono escluse le spese extra (telefono, televisione, ecc.).

Ricoveri all’estero

Il Socio sarà rimborsato del 75% delle spese di ricovero con il limite massimo previsto dal Tariffario di “INSIEME SALUTE”. Viene inoltre pagato un contributo giornaliero di € 77,00 per un massimo di dieci giorni.

AMBULANZA

Contributo previsto per spese di autoambulanza € 500,00.

ESAMI DI LABORATORIO, DIGNOSTICA STRUMENTALE, TAC, RMN, MOC, ENDOSCOPIA, RADIOLOGIA, ANGIOGRAFIA, ECOGRAFIA ecc.

(indipendentemente dal ricovero)

Per gli esami di laboratorio e per la diagnostica strumentale (es. TAC, RMN, MOC, Endoscopia, Radiologia, Angiografia, Ecografia ecc.) è previsto il rimborso dell’80% della spesa sostenuta con il limite massimo previsto dal Tariffario di INSIEME SALUTE.

VISITE MEDICHE

Rimborso secondo il Tariffario di “INSIEMESALUTE”.

TICKETS

Per le spese sostenute nelle strutture sanitarie pubbliche è previsto il rimborso totale dei tickets.

TESSERA “INSIEME SALUTE FIMIV”

La tessera dà diritto a prestazioni nelle strutture convenzionate (cliniche, laboratori, studi odontoiatrici, terme ecc.) su tutto il territorio nazionale a tariffe agevolate.

CONTRIBUTO ASSOCIATIVO

Contributo di iscrizione a “INSIEME SALUTE” € 52,00 a persona (una tantum)

Contributo annuale € 490,00 a persona.

SCONTI PER LA FAMIGLIA

Per quanto riguarda il contributo annuale se tutto il nucleo familiare aderisce alla protezione n. 3 la terza persona ha uno sconto del 40%, la quarta persona uno sconto del 50%, la quinta persona uno sconto del 60%.

N.B. E' obbligatoria l'iscrizione alla Mutua dell'intero nucleo familiare che è presente nello Stato di famiglia.

PROTEZIONE N.4

(ASSISTENZA RISERVATA ALLE PERSONE DAI 60 AI 65 ANNI)

Prevede il rimborso delle spese relative ai ricoveri per interventi di alta chirurgia e diaria giornaliera per altri ricoveri in cliniche ed ospedali pubblici.

RICOVERI PER INTERVENTI DI ALTA CHIRURGIA

Rimborso del 75% delle spese sostenute (degenza, sala operatoria, onorari medici, esami, farmaci ecc.) con un limite massimo previsto dal Tariffario "INSIEME SALUTE" e con un massimale annuo di € 25.825,00 . Rimborso della spesa relativa alla differenza di trattamento alberghiero se si utilizzano strutture pubbliche (camera a due letti, camera singola) per il periodo del ricovero che non può essere maggiore di 90 giorni all'anno.

DIARIA GIORNALIERA

Per altri ricoveri in cliniche e ospedali pubblici è previsto un rimborso di € 52,00 al giorno per un massimo di 90 giorni all'anno.

TESSERA "INSIEME SALUTE FIMIV"

La tessera dà diritto a prestazioni nelle strutture convenzionate (cliniche, laboratori, studi odontoiatrici, terme ecc.) su tutto il territorio nazionale a tariffe agevolate.

CONTRIBUTO ASSOCIATIVO

Contributo di iscrizione a "INSIEME SALUTE" € 52,00 a persona (una tantum)

Contributo annuale € 260,00 a persona.

PROTEZIONE N. 5

Prevede una diaria giornaliera in caso di ricovero per un massimo di 180 giorni all'anno.

CONTRIBUTO ASSOCIATIVO

1. La protezione n. 5 si può abbinare alle protezioni n. 1-2-3, in tal caso i contributi associativi annui a persona sono i seguenti:

Cat. 1 € 62,00 dà diritto ad una diaria di € 31,00 al giorno

Cat. 2 € 93,00 dà diritto ad una diaria di € 47,00 al giorno

Cat. 3 € 124,00 dà diritto ad una diaria di € 62,00 al giorno

2. Se la protezione n. 5 non si abbina ad un'altra protezione i contributi associativi annui a persona sono i seguenti:

Cat. 1 € 73,00 dà diritto ad una diaria di € 31,00 al giorno

Cat. 2 € 114,00 dà diritto ad una diaria di € 47,00 al giorno

Cat. 3 € 150,00 dà diritto ad una diaria di € 62,00 al giorno

Contributo di iscrizione a "INSIEME SALUTE" € 52,00 a persona (una tantum).

PROTEZIONE N. 6

TESSERA “INSIEME SALUTE FIMIV”

Con la tessera “INSIEME SALUTE FIMIV” si ha diritto a prestazioni nelle strutture convenzionate a tariffe agevolate.

Contributo associativo annuo a nucleo familiare € 52,00.

Per accedere alle prestazioni e ai servizi convenzionati è sufficiente esibire la tessera con il proprio documento di riconoscimento e lo stato di famiglia se ad utilizzare un centro convenzionato è un familiare.

Le strutture convenzionate sono elencate nel libretto che accompagna la tessera “SALUTE FIMIV” e comprendono:

- Case di Cura
- Laboratori di analisi
- Centri polispecialistici
- Studi odontoiatrici
- Centri di riabilitazione
- Centri termali
- Omeopatia