



PLUS⁺ 2017

**Piano Sanitario del "Progettone"
per l'annualità 2017**

LA "FILOSOFIA" DI PLUS+ 2017

Il nuovo Piano Sanitario **PLUS+ 2017** per i dipendenti del "Progettone" si fonda su tre "pilastri":

+ rimborsi: sono stati significativamente aumentati i massimali per alcune tipologie di spese – in primo luogo le cure odontoiatriche – e inserite nuove prestazioni quali le lenti correttive.

+ integrazione con il Servizio Sanitario Provinciale: la concentrazione di rimborsi in prestazioni integrative della copertura sanitaria pubblica – già nel 2016 ampiamente superiore al 50% – supererà con il Piano 2017 il 75% delle risorse disponibili (percentuale tra le più alte in Italia).

+ finestre rimborsuali in corso d'anno: sono state introdotte tre "finestre" temporali all'interno delle quali effettuare la richiesta di rimborso, il che ridurrà sensibilmente il tempo intercorrente tra il sostenimento della spesa e il rimborso ottenuto da Sanifonds Trentino.

Queste scelte, attuate dal Consiglio di Amministrazione di Sanifonds Trentino sulla scorta del solido equilibrio economico-finanziario registrato nel primo anno di attività, sono il risultato di un articolato processo che ha visto:

- il coinvolgimento degli iscritti, con quasi 1.000 dipendenti provinciali che hanno partecipato all'indagine on line sulle aspettative per il Piano sanitario 2017;
- l'analisi degli oltre 50.000 documenti di spesa trasmessi dagli iscritti nel 2016, svolta dall'Ufficio Studi attivato all'interno di Sanifonds Trentino;
- l'acquisizione delle valutazioni tecnico-attuariali svolte – su incarico del Fondo – da uno tra i più prestigiosi studi di consulenza attuariale italiani.

I CONTENUTI DEL PRESENTE PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario indica analiticamente per ciascuna categoria di prestazioni le voci ammissibili, la forma di erogazione, le disposizioni particolari e l'importo del rimborso.

Le informazioni relative alla modalità di richiesta dei rimborsi sono riportate dettagliatamente nel Vademecum pubblicato sul sito www.sanifonds.tn.it e inviato in forma cartacea ai datori di lavoro.

Si evidenzia che, per l'anno 2017, gli iscritti potranno presentare le richieste (pratiche) rispettando le seguenti scadenze (si rimanda alla sezione FAQ del Vademecum per la consultazione di agevoli esempi pratici).

Le richieste (pratiche) pervenute successivamente alle scadenze previste non saranno considerate ammissibili a rimborso.

1^a finestra rimborsuale	Periodo di Spesa (data fattura) Dal 1° gennaio 2017 al 30 giugno 2017	→	Quando presentare richiesta Dal 1° luglio 2017 al 10 settembre 2017
2^a finestra rimborsuale	Periodo di Spesa (data fattura) Dal 1° luglio 2017 al 30 settembre 2017	→	Quando presentare richiesta Dal 1° ottobre 2017 al 10 dicembre 2017
3^a finestra rimborsuale	Periodo di Spesa (data fattura) Dal 1° ottobre 2017 al 31 dicembre 2017	→	Quando presentare richiesta Dal 1° gennaio 2018 al 10 marzo 2018

A.1 PRESTAZIONI RIABILITATIVE E CURE FISICHE

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

RIABILITAZIONE/CURE FISICHE

RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE

ULTRASUONOTERAPIA

ELETTROTERAPIA ANTALGICA – TENS, ALTO VOLTAGGIO

ELETTROTERAPIA ANTALGICA – DIADINAMICA

ELETTROTERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI

LASERTERAPIA ANTALGICA

MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO

IRRADIAZIONE INFRAROSSA

MAGNETOTERAPIA

AGOPUNTURA

ALTRE PRESTAZIONI RIABILITATIVE EFFETTUATE DA PERSONALE SANITARIO

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 50% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 150,00.

TIPOLOGIE DI RIMBORSI

- Rimborso per ticket sanitari
- Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruite in strutture/studi privati

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Ai fini dell'ammissibilità a rimborso della richiesta (pratica) presentata dall'iscritto, i documenti di spesa afferenti la garanzia A.1 devono essere pari complessivamente ad almeno 23,00 euro.
- Per le spese successive al 01/07/2017, le spese saranno rimborsate in presenza di prescrizione medica redatta del medico di medicina generale o dallo specialista (ortopedico, fisiatra, ecc.) che attesti la necessità delle terapie, oppure – nei casi di infortunio accertato in Pronto Soccorso – in presenza di certificato del PS.
- Le prestazioni devono essere effettuate da personale medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione*.

* Per personale medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione si intende: infermiere professionale, fisioterapista, terapeuta occupazionale, terapeuta della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti – D.M. 27 luglio 2000 – GU n. 190 del 16/08/2000.

A.2 PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE (DIAGNOSTICA PER IMMAGINI, VISITE SPECIALISTICHE, PREVENZIONE, LABORATORIO)

Rientrano nella presente **garanzia** le prestazioni di seguito elencate:

OCULISTICA

VISITA OCULISTICA/ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO

STUDIO DEL CAMPO VISIVO

TOMOGRAFIA RETINICA (OCT) A LUCE COERENTE

ESAME DEL FUNDUS OCULI

RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON (LASER)

CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE E ALTERAZIONI CORNEALI CON LASER A ECCIMERI (PRK)

STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE

ANGIOGRAFIA CON FLUORESCEINA O ANGIOSCOPIA OCULARE

PACHIMETRIA CORNEALE

CORREZIONE BLEFAROPTOSI/RETRAZIONE PALPEBRALE

PLASTICA PALPEBRA (NON ESTETICA)

VISITE SPECIALISTICHE

VISITA OSTETRICA E GINECOLOGICA

VISITA DERMATOLOGICA

VISITA ORTOPEDICA

VISITA FISIATRICA

VISITA CARDIOLOGICA

VISITA OTORINOLARINGOIATRICA

VISITA NEUROLOGICA

VISITA GASTROENTEROLOGICA

VISITA REUMATOLOGICA

VISITA NEUROCHIRURGICA

VISITA PSICOLOGICA

VISITA PSICHIATRICA

VISITA ENDOCRINOLOGICA/ENDOCRINOCHIRURGICA

ALTRA VISITA*

* Da questa categoria sono escluse: visite/cure di carattere estetico; visite di medicina generale; visite mediche per il rilascio/rinnovo della patente automobilistica o nautica, per l'autorizzazione al porto d'armi o per l'idoneità alla pratica sportiva; certificati medici; visite omeopatiche e/o naturopatiche e/o altrimenti riconducibili all'area della medicina alternativa/complementare.

DIAGNOSTICA STRUMENTALE

ELETTROCARDIOGRAMMA

RADIOGRAFIA

MAMMOGRAFIA

PRELIEVO ED ESAME CITOLOGICO CERVICOVAGINALE – PAP TEST

ECOGRAFIA

DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO

ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE

RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE MUSCOLOSCHIELETRICA

RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE COLONNA

RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO

ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE

PRESTAZIONI DI LABORATORIO

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 50% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 150,00.

TIPOLOGIE DI RIMBORSI

- Rimborso per ticket sanitari
- Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruite in strutture/studi privati

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Ai fini dell'ammissibilità a rimborso della richiesta (pratica) presentata dall'iscritto, i documenti di spesa afferenti la garanzia A.2 devono essere pari complessivamente ad almeno 23,00 euro.

A.3 PRESTAZIONI DI PREVENZIONE ODONTOIATRICA E IGIENE ORALE

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

PREVENZIONE ODONTOIATRICA

VISITA ODONTOIATRICA, ABLAZIONE DEL TARTARO, LEVIGATURA DELLE RADICI/CURETTAGE GENGIVALE

* Le sedute di igiene orale sono rimborsabili in numero superiore ad 1 in pazienti affetti da malattia parodontale diagnosticata e documentata tramite opportuno esame radiografico e sondaggio parodontale.

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO E CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

Il Fondo rimborsa al massimo 1 tra visite odontoiatriche, sedute di igiene orale/ablazione del tartaro, seduta di levigatura delle radici, nella misura del 50% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 30,00.

A.4 PRESTAZIONI DI CURE ODONTOIATRICHE

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

CURE ODONTOIATRICHE

TERAPIE CONSERVATIVE (OTTURAZIONI, CURE CANALARI, ecc.)

CHIRURGIA ORALE (ESTRAZIONI, ASPORTAZIONE CISTI, ecc.)

IMPLANTOLOGIA

PROTESICA ODONTOIATRICA

TERAPIE ORTODONTICHE (trattamento ortodontico fisso o mobile, ecc.)

PARODONTOLOGIA (CHIRURGIA MUCO-GENGIVALE, ecc.)

DIAGNOSTICA (RX ENDORALE; ORTOPANORAMICA; TAC)

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO E CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

Il Fondo rimborsa il 50% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 360,00, dei quali euro 300,00 erogati contestualmente alla presentazione dei documenti di spesa in corso d'anno. Gli ulteriori euro 60,00, a concorrenza del suddetto massimale annuo di euro 360,00, potranno essere liquidati dal Fondo subordinatamente alla disponibilità di risorse riveniente dalla gestione dei rimborsi per l'anno 2017: la deliberazione del Consiglio di Amministrazione del Fondo sul suddetto "riparto" e l'effettiva erogazione del rimborso a saldo saranno avverranno in ogni caso entro il mese di aprile 2018. Tale massimale è concorrente (non cumulabile) a quello della precedente garanzia A.3 Prestazioni di prevenzione odontoiatrica e igiene orale.

Si specifica che le eventuali fatture di acconto saranno rimborsate solo se accompagnate da quella di saldo, che dovrà essere antecedente il 31/12/2017 (si rimanda al Vademecum per la consultazione di agevoli esempi pratici). La data della fattura di saldo determina il trimestre di competenza rimborsuale, nel quale tali spese possono quindi essere presentate a rimborso del Fondo per il loro ammontare complessivo.

Con riferimento alle prestazioni di implantologia e protesica, a far data dal 01/07/2017 il Fondo si riserva la facoltà di richiedere la documentazione clinica afferente la prestazione in questione (RX endorale, ortopanoramica, documentazione fotografica, ecc).

A.5 ALTRE PRESTAZIONI

Rientrano nella presente **garanzia** le prestazioni di seguito elencate:

PRESTAZIONI CICLICHE

COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO

PSICOTERAPIA INDIVIDUALE

PSICOTERAPIA FAMILIARE

ELABORAZIONE E FORMULAZIONE DELLA DIETA
(effettuata dal dietista su prescrizione del medico)

PRESTAZIONI PER LA VALUTAZIONE L'INQUADRAMENTO INIZIALE, TRATTAMENTO/
PERCORSO INDIVIDUALE E VALUTAZIONE FINALE INDIVIDUALE DI CICLI DI RIABILITAZIONE
DA DIPENDENZE (dip. alcolica, dip. patologica da gioco)

CICLO DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

AUSILI ORTOPEDICI, PROTESI E ORTESI

ORTESI PER PIEDE (PLANTARI, RIALZI, CALZATURE ORTOPEDICHE)

APPARECCHI ORTOPEDICI PER ARTO SUPERIORE O INFERIORE E PER IL TRONCO (TUTORE ARTO)

PROTESI /ORTESI SPINALI (BUSTI, CORSETTI, ECC.)

PROTESI ARTO INFERIORE O SUPERIORE

AUSILI PER LA DEAMBULAZIONE E CARROZZINE

PROTESI ACUSTICHE

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 50% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 150,00.

TIPOLOGIE DI RIMBORSI

- Rimborso per ticket sanitari
- Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruite in strutture/studi privati

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Ai fini dell'ammissibilità a rimborso della richiesta (pratica) presentata dall'iscritto, i documenti di spesa afferenti la garanzia A.5 devono essere pari complessivamente ad almeno 23,00 euro.

A.6 PACCHETTO LENTI CORRETTIVE

Sono ammissibili al rimborso del Fondo le spese per l'acquisto di lenti correttive (lenti per occhiali e lenti a contatto) dirette a correggere disturbi del visus o patologie oculari.

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

- Il Fondo rimborsa il 50% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 100,00, dei quali euro 50,00 erogati contestualmente alla presentazione dei documenti di spesa in corso d'anno. Gli ulteriori euro 50,00, a concorrenza del suddetto massimale annuo di euro 100,00, potranno essere liquidati dal Fondo subordinatamente alla disponibilità di risorse riveniente dalla gestione dei rimborsi per l'anno 2017: la deliberazione del Consiglio di Amministrazione del Fondo sul suddetto "riparto" e l'effettiva erogazione del rimborso a saldo saranno avverranno in ogni caso entro il mese di aprile 2018.
- La richiesta di contributo per lenti per occhiali non è sovrapponibile a quella per lenti a contatto.

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Per le spese successive al 01/07/2017, le spese saranno rimborsate in presenza di prescrizione medica redatta dal medico oculista indicante la correzione del visus o la patologia a carico della vista (esempio: glaucoma). Saranno considerate ammissibili a rimborso le prescrizioni fino a 12 mesi prima del sostenimento della spesa. Non saranno considerate ammissibili, quindi, certificazioni tecniche rilasciate dall'ottico.
- Il contributo per l'acquisto di lenti correttive – ove previsto dal Piano Sanitario del Fondo degli anni successivi a quello in corso – potrà essere nuovamente richiesto dall'iscritto a distanza di 36 mesi dalla data della precedente fatturazione.

LENTI CORRETTIVE PER MALATTIE DEGENERATIVE DEL VISUS

In deroga a quanto sopra, il rimborso è riconosciuto per ogni anno solare nel caso di nuove lenti correttive della vista conseguenti a malattie progressive e degenerative gravi della vista (esempio: glaucoma, cheratocono) attestate da referto/prescrizione del medico oculista.

PRESTAZIONI IN CASO DI **GRAVI MALATTIE**

L'iscritto ha diritto al rimborso parziale delle spese sanitarie in caso di insorgenza di una delle malattie incluse nel seguente elenco:

NEOPLASIE MALIGNI
PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI CHE COMPORTINO NECESSITÀ DI SOLUZIONE CHIRURGICA O COMPROMISSIONE MARCATA DELLA FUNZIONALITÀ DI POMPA
ESITI INVALIDANTI MOTORI, COGNITIVI O DEL LINGUAGGIO DI ICTUS ISCHEMICI O EMORRAGIA CELEBRALE
INSUFFICIENZA RENALE CRONICA DI GRADO MARCATO O VICARIATA DA TRATTAMENTO EMO-DIALITICO O DIALISI PERITONEALE
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA CON NECESSITÀ DI OSSIGENOTERAPIA
CECITÀ
TRAPIANTI DI ORGANO
PATOLOGIE DEL SISTEMA NERVOSO CHE DETERMININO SIGNIFICATIVA COMPROMISSIONE DELL'AUTONOMIA FUNZIONALE CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA E NECESSITÀ DI TERAPIA FARMACOLOGICA CONTINUATIVA
DEGENERAZIONE CELEBRALE O DEMENZA (ES. MORBO DI ALZHEIMER)
ESITI INVALIDANTI E/O DETURPANTI DI USTIONI
AIDS CONCLAMATO
GRAVI ESITI DI POLI-TRAUMATISMI CON PARALISI DEGLI ARTI
GRAVI MALATTIE DELLA SFERA PSICHICA CHE RICHIEDANO TERAPIA PSICOFARMACOLOGICA CONTINUATIVA E PRESA IN CARICO SPECIALISTICA

Il Fondo provvederà a una periodica verifica dell'adeguatezza dell'elenco di patologie previste al fine di ampliare – ove necessario – le fattispecie oggetto di copertura sanitaria.

CRITERI DI ACCERTAMENTO DELLA GRAVE MALATTIA E DELL'ELEGGIBILITÀ DELLE SPESE AL RIMBORSO

L'accertamento della grave malattia ai fini dell'erogazione del rimborso sarà effettuato dagli organismi tecnico-sanitari del Fondo, prendendo in esame la documentazione sanitaria prodotta dall'associato (copia della cartella clinica ospedaliera, in caso di pregresso ricovero registrato nell'anno di riferimento oppure referto/ relazione medica redatta dallo specialista di riferimento attestante la specifica patologia).

Parimenti, la verifica di congruenza della/e prestazione/i oggetto di rimborso sarà effettuata dal consulente tecnico-sanitario del Fondo, sulla base delle prescrizioni del medico curante e/o del medico specialista e/o in relazione ai protocolli diagnostici, terapeutici e assistenziali associabili alla specifica patologia.

PRESTAZIONI RIMBORSATE

In caso di gravi malattie, il Fondo **rimborsa spese sostenute per le prestazioni di seguito elencate:**

A.7 PRESTAZIONI SPECIALISTICHE FINALIZZATE ALLA FORMULAZIONE DELLA DIAGNOSI E/O DEL PERCORSO TERAPEUTICO

VISITE SPECIALISTICHE*

ESAMI DI LABORATORIO*

ESAMI STRUMENTALI E ALTRI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI*

* Saranno considerate ammissibili:

- le spese sostenute **in seguito a una diagnosi di malattia già formulata** (ad esempio: visita specialistica finalizzata a ottenere una “second opinion” o “diagnosi comparativa”);
- le spese sostenute per esami e accertamenti svolti in presenza di un sospetto diagnostico (formulato dal medico di medicina generale e/o dal medico specialista) e ai quali faccia seguito **una diagnosi di effettivo accertamento della grave malattia.**

* Eventuali deroghe rispetto alla data di decorrenza sopra menzionata, ad esempio per iscritti la cui patologia sia stata accertata in periodi immediatamente precedenti, potranno essere accordate dal Fondo a seguito di valutazione del consulente tecnico-sanitario.

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO E LIMITAZIONI

È possibile il rimborso delle spese per prestazioni specialistiche finalizzate alla formulazione della diagnosi e/o del percorso terapeutico limitatamente agli iscritti che abbiano accertato la grave malattia nell'anno in corso (a far data dal 01/01/2017)*. Il Fondo rimborsa il 50% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 400 per iscritto.

A.8 PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE E ASSISTENZA

FISIOTERAPIA

LOGOPEDIA

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

* Eventuali deroghe rispetto alla data di decorrenza sopra menzionata, ad esempio per iscritti la cui patologia sia stata accertata in periodi immediatamente precedenti, potranno essere accordate dal Fondo a seguito di valutazione del consulente tecnico-sanitario.

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO E LIMITAZIONI

È possibile il rimborso delle spese per prestazioni di riabilitazione e assistenza limitatamente agli iscritti che abbiano accertato la grave malattia nell'anno in corso (a far data dal 01/01/2017) *. Il Fondo rimborsa il 60% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 5.000.

A.9 PRESTAZIONI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

BENEFICIARI

I beneficiari sono gli iscritti al Fondo certificati come non autosufficienti.

CRITERI E MODALITÀ PER LA CERTIFICAZIONE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

Per condizione di non autosufficienza si intende la condizione, accertata dalla competente struttura dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, che dà diritto all'indennità di accompagnamento di cui alla Legge provinciale n. 7/1998 o di analoga prestazione* concessa per l'assistenza personale continua.

PRESTAZIONI

Il Fondo riconosce, nell'ambito delle risorse destinate come previsto dal presente Piano sanitario, un concorso nelle spese sostenute dagli aventi diritto per le prestazioni e le forniture, non coperte dal Servizio sanitario nazionale/provinciale o altra amministrazione pubblica, sotto riportate:

- Spese sostenute per il ricovero in strutture residenziali o semi residenziali autorizzate (es. quota - alberghiera Rsa, ecc.).
- Spese sostenute per acquisto di prestazioni e servizi di assistenza domiciliare forniti da personale dedicato, compresa la compartecipazione al costo di servizi sanitari assistenziali pubblici a sostegno della domiciliarità.
- Spese sostenute per interventi a carattere riabilitativo e infermieristico.

Le prestazioni, che dovranno essere preventivamente approvate dal Fondo, potranno essere dettagliate in un piano individuale.

Il Fondo può rimborsare prestazioni effettuate dal momento della domanda di certificazione della non autosufficienza e nel caso di certificazione già rilasciata, dal gennaio 2017.

Il Fondo rimborsa il 70% delle spese sostenute, con un limite rimborsabile per l'anno solare di 6.000 euro. Tale importo di 6.000 euro sarà parametrato sui mesi certificati.

Gli interventi sono previsti fino al 2018 e la loro entità potrà essere rivista a partire dal 2019.

* Per analoga prestazione concessa per l'assistenza personale continua si intendono:
- gli assegni per l'assistenza personale continuativa di cui al D.P.R. n. 1124/1965;
- le indennità concesse agli invalidi di guerra e superstiti ai sensi del D.P.R. n. 915 del 1978;
- indennità di assistenza e di accompagnamento a favore di soggetti affetti da infermità per cause di servizio di cui al D.P.R. n. 1092 del 1973 e alla Legge n. 9 del 1980.