

Sf2018

PIANO SANITARIO
PER I DIPENDENTI E I FAMILIARI
**Scuole Paritarie
Trentine**



Sommario

04

INTRODUZIONE AL NUOVO PIANO

La filosofia del Piano Sanitario 2018	04
I destinatari del Piano Sanitario	05

06

LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

07

A.1 PRESTAZIONI RIABILITATIVE E CURE FISICHE

08

A.2 PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

10

A.3 PRESTAZIONI DI PREVENZIONE ODONTOIATRICA E IGIENE ORALE

11

A.4 PRESTAZIONI DI CURE ODONTOIATRICHE

12

A.5 ALTRE PRESTAZIONI

13

A.6 PACCHETTO LENTI CORRETTIVE

14

EROGAZIONE DEL RIMBORSO

PROCEDURA PER IL RIESAME DELLA PRATICA

15

PRESTAZIONI IN CASO DI GRAVI MALATTIE 15

Criteri di accertamento della grave malattia e dell'eleggibilità delle spese al rimborso	15
Tipologie di rimborsi	16

16

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

17

A.8 PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE E ASSISTENZA

18

A.9 PRESTAZIONI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA*



La filosofia del Piano Sanitario 2018

Il Piano Sanitario Sanifonds 2018 si caratterizza per tre "idee forti":



La conferma delle prestazioni e dei massimali di spesa annua previsti dal precedente Piano 2017,

la cui validità è stata confermata dalla notevole crescita di richieste rimborsuali registrate dal Fondo. La scelta di continuare a concentrare la maggior parte dei rimborsi su prestazioni tipicamente a carico dell'iscritto (cure odontoiatriche, lenti correttive, ecc.) conferma la **vocazione di integrazione – e mai di sostituzione – della copertura sanitaria pubblica.**



La possibilità di estendere la copertura ai familiari.

A partire da quest'anno, l'iscritto potrà – **su base volontaria e con costo a carico dell'iscritto** – estendere la copertura di Sanifonds ai propri familiari, cui sono riservate esattamente le stesse condizioni previste per l'iscritto: ciò vuol dire che ciascun familiare iscritto potrà "consumare" il massimale annuo previsto per ogni tipologia di spesa (specialistica ambulatoriale, cure odontoiatriche, cure fisiche, ecc.). E, ancora, Sanifonds ha previsto per i familiari minori di 18 anni una contribuzione annuale ridotta, pari a 75 € in luogo dei 128 € ordinari. Abbiamo l'ambizione, quindi, di trasformare nel tempo il nostro Fondo in una vera e propria scelta di protezione per le nostre famiglie.



L'ulteriore miglioramento della copertura riservata a persone colpite da gravi patologie nel corso dell'anno.

Il rimborso per spese di specialistica ambulatoriale viene portato all'80% della spesa (con un massimale di spesa complessiva pari a 700 euro), a fronte del 50% previsto fino al 2017.



I destinatari del Piano Sanitario

A CHI È DEDICATO IL SEGUENTE PIANO SANITARIO

- Dipendente (iscritto principale)
- Familiari

L'iscrizione dei familiari è volontaria e con contribuzione a carico dell'iscritto.

Maggiori informazioni sono disponibili consultando la **"Guida all'adesione dei familiari"**, che costituisce parte integrante del seguente Piano.

Ogni dipendente/familiare iscritto avrà a disposizione le garanzie e i relativi massimali per le spese da lui personalmente sostenute nell'anno di riferimento.

NORME GENERALI

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 ai datori di lavoro.

Gli iscritti potranno presentare le richieste (pratiche) rispettando la scadenza riportata in basso.

Le richieste (pratiche) pervenute anticipatamente e/o successivamente alla scadenza prevista non saranno considerate ammissibili a rimborso.

	Periodo di spesa	Quando chiedere il rimborso
Finestra Rimborsuale	Dal 1° gennaio 2018 al 31 dicembre 2018	Dal 1° gennaio 2019 all'11 marzo 2019

Attenzione! solo per i dipendenti che saranno assunti da gennaio a giugno 2019, il Fondo aprirà una finestra rimborsuale straordinaria che permetterà di chiedere il rimborso entro il 31 luglio 2019. Contatta gli uffici Sanifonds per ulteriori informazioni.



Le prestazioni del Piano Sanitario





A.1 Prestazioni **riabilitative** e **cure fisiche**

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

Riabilitazione/Cure fisiche

- RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE
- ULTRASUONOTERAPIA
- ELETTROTHERAPIA ANTALGICA - TENS, ALTO VOLTAGGIO
- ELETTROTHERAPIA ANTALGICA - DIADINAMICA
- ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI
- LASERTERAPIA ANTALGICA
- MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO
- IRRADIAZIONE INFRAROSSA
- MAGNETOTERAPIA
- AGOPUNTURA
- PODOLOGIA
- 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.
- › 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
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE MUSCOLOSCHIELETRICA
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE COLONNA
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO
- ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE

Prestazioni di laboratorio (analisi del sangue, ecc.)

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

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; ortopantomica; 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.

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 2018 saranno rimborsate solo se accompagnate da quella di saldo, che dovrà essere antecedente il 31/12/2018.

Con riferimento alle prestazioni di implantologia e protesica, il Fondo si riserva la facoltà di richiedere la documentazione clinica afferente la prestazione in questione (RX endorale, ortopantomica, documentazione fotografica, ecc.).

** Per i pazienti affetti da malattia parodontale le sedute di igiene orale sono rimborsabili in numero superiore ad 1 e fino a un massimo di 3. Tale patologia deve essere diagnosticata e documentata tramite opportuno esame radiografico o sondaggio parodontale o certificata del dentista. La documentazione comprovante la patologia deve essere presentata contestualmente alla richiesta di rimborso.*



A.5 Altre prestazioni

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

Prestazioni cicliche

- COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO
- PSICOTERAPIA INDIVIDUALE
- PSICOTERAPIA FAMILIARE
- LOGOPEDIA
- ELABORAZIONE E FORMULAZIONE DELLA DIETA
- 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 fruita 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 o 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 pari a euro 100,00.

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- 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.
- La richiesta di contributo per lenti per occhiali non è sovrapponibile a quella per lenti a contatto.
- In caso di richiesta di lenti per occhiali, il Fondo rimborsa un unico paio di lenti esclusa la montatura dell'occhiale.

Lenti correttive per **malattie degenerative del visus**

In deroga a quanto sopra, il rimborso è riconosciuto per un paio di occhiali (o per l'acquisto di lenti a contatto) 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.

Erogazione del **rimborso**

I rimborsi saranno erogati da Sanifonds Trentino entro 60 giorni dalla data di protocollazione della pratica.

Non saranno liquidate pratiche il cui importo totale del rimborso sarà inferiore ad 1 euro.

Procedura per il **riesame** della pratica

In caso di mancato accoglimento della richiesta, l'iscritto può chiedere al Fondo il riesame della pratica compilando l'apposito modulo (disponibile sul sito www.sanifonds.tn.it), che deve pervenire firmato in tutte le sue parti entro 30 giorni dalla comunicazione di esito dell'istruttoria. Non saranno prese in considerazione richieste pervenute dopo il termine stabilito. La Direzione del Fondo comunicherà all'iscritto l'esito del riesame entro 30 giorni dal giorno di ricezione della richiesta.



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 EMODIALITICO 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.

È possibile il rimborso delle spese limitatamente agli iscritti che abbiano accertato la grave malattia nell'anno in corso (a far data dal 01/01/2018)*.

* 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.

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.

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO E LIMITAZIONI

Il Fondo rimborsa l'80% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 700 per iscritto.

A.8 Prestazioni di riabilitazione e assistenza

- FISIOTERAPIA
- LOGOPEDIA

- ASSISTENZA INFERMIERISTICA

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO E LIMITAZIONI

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 semiresidenziali 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 2018.

- 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.

* La garanzia A.9 Non autosufficienza non si applica ai figli minori d'età inseriti in copertura.

** Per analoga prestazione concessa dal 2019 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.



I nostri contatti



tel. **0461.1919742**



e-mail **info@sanifonds.tn.it**



sede **Via Ragazzi del '99, n. 29 Trento sud**
(presso lo stabile della Cassa Edile)



www.sanifonds.tn.it