www.sanifonds.tn.it

PIANO SANITARIO
PER I DIPENDENTI

Sf2026

Trasporto a fune

(PERIODO 01.06.2026 – 31.05.2027)

Sanifonds
Trentino
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO

Sommario

03

INTRODUZIONE AL NUOVO PIANO

I destinatari del Piano Sanitario 03

04

LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

05

A.1 PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

15

A.2 PACCHETTO LENTI CORRETTIVE

18

A.3 CURE ODONTOIATRICHE

21

A.4 PRESTAZIONI RIABILITATIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO

22

A.5 GRAVI MALATTIE

25

A.6 NON AUTOSUFFICIENZA

27

I NOSTRI CONTATTI

I destinatari del Piano Sanitario

A CHI È DEDICATO IL SEGUENTE PIANO SANITARIO

I destinatari del seguente Piano sono i lavoratori in forza presso gli impianti di trasporto a fune aderenti a Sanifonds Trentino.

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 inviato in forma elettronica ai datori di lavoro.

ANNO DI RIFERIMENTO

Sono rimborsate le spese sostenute a partire dal **01/06/2026** fino al **31/05/2027**.

Le richieste di rimborso possono essere presentate durante tutta l'annualità ed entro il termine massimo del 15/06/2027.

Non verranno accolte pratiche presentate oltre il termine stabilito.

Le prestazioni del Piano Sanitario

A.1 Prestazioni di **specialistica Ambulatoriale**

A.1.1 Cardiologia

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

Cardiologia

- VISITA CARDIOLOGICA
- ELETTROCARDIOGRAMMA (ECG)
- ECOCARDIOGRAMMA TRANS-TORACICO (ECT)

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa l'80% della spesa sostenuta, con un importo massimo ammissibile di euro 200.

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.

A.1.2 Dermatologia

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

Dermatologia

- VISITA DERMATOLOGICA
- ESAME NEVI IN EPILUMINESCENZA
- MAPPATURA DEI NEI MEDIANTE DERMATOSCOPIO

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa l'80% della spesa sostenuta, con un importo massimo ammissibile di euro 160.

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

A.1.3 Apparato muscolo-scheletrico (colonna, arti inferiori e superiori, ecc.)

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

Visite e accertamenti diagnostici

- VISITA FISIATRICA; VISITA ORTOPEDICA
- ACCERTAMENTI DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE (RX, RM MUSCOLOSCHELETRICA, etc.)

Prestazioni riabilitative

- TERAPIE FISICHE EFFETTUATE DA PERSONALE SANITARIO (ESCLUSE LE PRESTAZIONI A SEGUITO DI INFORTUNIO)*

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, etc.)
- ALTRE PROTESI ORTOPEDICHE FUNZIONALI

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa l'80% della spesa sostenuta, con un importo massimo ammissibile di euro 400.

Con specifico riferimento alle prestazioni di Riabilitazione e Cure Fisiche il importo massimo ammissibile è pari a euro 200, fermo restando l'importo massimo ammissibile previsto per la presente garanzia (euro 400).

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

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

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Le spese afferenti alle "Prestazioni riabilitative" saranno rimborsate in presenza di prescrizione medica redatta dal medico di medicina generale o dallo specialista. Saranno considerate ammissibili le prescrizioni datate fino a 12 mesi prima del sostenimento della spesa; non verranno accolte prescrizioni con data successiva rispetto alla fattura.
- Le prestazioni devono essere effettuate da personale medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione.
- In caso di prestazioni riabilitative o cure fisiche conseguenti ad infortunio, il rimborso è disciplinato dalla garanzia A.4 prestazioni riabilitative a seguito di infortunio.

A.1.4 Oculistica

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

Oculistica

- VISITA OCULISTICA
- PACHIMETRIA CORNEALE
- TOMOGRAFIA RETINICA (OCT) A LUCE COERENTE

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa l'80% della spesa sostenuta, con un importo massimo ammissibile di euro 220.

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.

A.1.5 Otorinolaringoiatria

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

Otorinolaringoiatria

- VISITA OTORINOLARINGOIATRICA
- ECOGRAFIA COLLO
- TC COLLO

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa l'80% della spesa sostenuta, con un importo massimo ammissibile importo massimo ammissibile di euro 240.

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.

A.1.6 Neurologia

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

Neurologia

- VISITA NEUROLOGICA
- ELETTROENCEFALOGRAMMA
- ELETTROMIOGRAFIA
- STUDIO DELLA VELOCITÀ DI CONDUZIONE NERVOSA (MOTORIA E SENSITIVA)
- VISITA NEUROCHIRURGICA

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa l'80% della spesa sostenuta, con un importo massimo ammissibile di euro 200.

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

A.1.7 Ciclo di psicoterapia

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

Ciclo di psicoterapia

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa l'80% della spesa sostenuta, con un importo massimo ammissibile di euro 160.

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

- Le spese saranno rimborsate in presenza di prescrizione medica redatta dal medico di medicina generale o dallo specialista. Saranno considerate ammissibili le prescrizioni datate fino a 12 mesi prima del sostenimento della spesa; non verranno accolte prescrizioni con data successiva rispetto alla fattura.

A.1.8 Ciclo di visite dietologiche

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

Ciclo di visite dietologiche

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa l'80% della spesa sostenuta, con un importo massimo ammissibile di euro 160.

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

- Le spese saranno rimborsate in presenza di prescrizione medica redatta dal medico di medicina generale o dallo specialista. Saranno considerate ammissibili le prescrizioni datate fino a 12 mesi prima del sostenimento della spesa; non verranno accolte prescrizioni con data successiva rispetto alla fattura.

A.1.9 Urologia

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

Urologia

- VISITA UROLOGICA
- ESAMI URODINAMICI (UROFLUSSOMETRIA; CISTOMETRIA; ELETTROMIOGRAFIA DELLA VESCICA; MISURAZIONE DEL RESIDUO POST-MINZIONALE)

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa l'80% della spesa sostenuta, con un importo massimo ammissibile importo massimo ammissibile di euro 220.

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

A.1.10 Ginecologia

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

Ginecologia

- VISITA OSTETRICO/GINECOLOGICA
- ECOGRAFIA GINECOLOGICA

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa l'80% della spesa sostenuta, con un importo massimo ammissibile di euro 200.

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.

A.2 Pacchetto **lenti correttive**

Sono ammissibili al rimborso del Fondo le spese per l'acquisto di lenti correttive (lenti per occhiali o lenti a contatto) conseguenti alla modifica del visus, ovvero un miglioramento o peggioramento della vista rispetto ad una precedente misurazione della vista stessa.

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 50% della spesa sostenuta, con un importo massimo ammissibile pari a euro 100.

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

Ai fini dell'ammissibilità della spesa sono considerate ammissibili due tipologie di prescrizioni:

- La prescrizione redatta dal medico oculista, dalla quale si evinca in modo esplicito la modifica del visus.

oppure

- La prescrizione redatta dall'ottico-optometrista, dalla quale si evinca in modo esplicito la modifica del visus. In questo caso la prestazione deve essere accompagnata da fattura/documentazione di spesa inerente alla prestazione di esame della vista *(prestazione sanitaria esente IVA ex art. 10).*

Saranno considerate ammissibili a rimborso le prescrizioni datate fino a 12 mesi prima del sostenimento della spesa.

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 dal precedente rimborso.

COME ESSERE CERTI DELLA CORRETTEZZA DELLA DOCUMENTAZIONE

- Scarica la sezione del Vademecum **"Mini guida per le Lenti Correttive"** e consulta gli esempi di documentazione ammissibile e quelli di documentazione non ammissibile.
- Potrai stamparla e presentarla al professionista sanitario (medico oculista oppure ottico/optometrista) chiedendo – in caso di variazione del visus – di riportare nella prescrizione le diciture richieste.
- Ricordiamo che i contenuti del Vademecum sono da considerarsi parte integrante del presente Piano Sanitario.

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.

Ove i documenti di spesa/fatture riportino il pagamento rateale di una prestazione eseguita nel periodo 01/06/2026 - 31/05/2027, le fatture saranno rimborsate per la sola annualità in corso.

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**) – e allegando la documentazione utile allo svolgimento del riesame –, 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 via mail entro 30 giorni dal giorno di ricezione della richiesta. I riesami che la Direzione indica con esito definitivo non potranno essere nuovamente oggetto di riesame.

A.3 Cure odontoiatriche

PREMESSA

Il Fondo rimborsa prestazioni incluse nelle seguenti aree: prevenzione e igiene orale; implantologia; chirurgia orale.
I rimborsi vengono erogati – per conto di Sanifonds Trentino e in attuazione di una polizza collettiva contratta allo scopo – tramite la UniSalute.

Il rimborso è riconosciuto per spese sostenute esclusivamente presso strutture odontoiatriche convenzionate UniSalute (qui la lista dei dentisti convenzionati https://www.unisalute.it/rete-convenzionata).

A.3.1 Prevenzione e igiene orale

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

Prevenzione e igiene orale

- VISITA ODONTOIATRICA
- ABLAZIONE DEL TARTARO (IGIENE ORALE)

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo sostiene il 50% delle spese sostenute per le prestazioni riportate in elenco.
Per ciascuna delle due prestazioni riportate in elenco, è ammesso il rimborso di massimo 1 prestazione nell'anno solare.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Il rimborso è riconosciuto per le spese sostenute presso tutte le strutture convenzionate UniSalute.
Con riferimento all'ablazione del tartaro, ove il medico della struttura convenzionata riscontri, per la particolare condizione clinica e/o patologica dell'iscritto, in accordo con UniSalute, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno, tale spesa sarà liquidata nei limiti sopra indicati.

A.3.2 **Implantologia**

Rientrano nella presente garanzia le spese sostenute per il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/ moncone.

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa fino ad un massimale annuo di euro 2.300 per tre o più impianti, ridotto a euro 850 per due impianti e a euro 450 per un solo impianto.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Il rimborso è riconosciuto per le spese sostenute presso tutte le strutture convenzionate UniSalute.
Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute – per conto di Sanifonds Trentino – alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto. Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'iscritto alla struttura convenzionata.

A.3.3 **Chirurgia orale** - avulsioni (estrazioni) senza successivo impianto

Rientrano nella presente garanzia le spese sostenute per Avulsioni senza successivo impianto fino ad un massimo di 4 denti l'anno.

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

La garanzia opera nel caso di avulsione fino ad un massimo di 4 denti l'anno.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Il rimborso è riconosciuto per le spese sostenute presso tutte le strutture convenzionate UniSalute.
Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute – per conto di Sanifonds Trentino – alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

A.3.4 **Chirurgia orale** - interventi chirurgici senza ricovero

Rientrano nella presente garanzia le spese sostenute per adamantinoma; ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare; cisti follicolari; cisti radicolare; odontoma; osteiti che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare (se localizzate nell'arcata superiore) o mandibolare (se localizzate nell'arcata inferiore).

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa le spese sostenute dall'iscritto fino ad un massimale annuo di euro 1.500.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Sono incluse nella garanzia:

- Spese sostenute nelle strutture convenzionate UniSalute.
  In questi casi, le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate – fino a concorrenza del massimale annuo di 1.500 euro sopra indicato – direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.
- Spese sostenute in strutture non convenzionate.
  In questi casi, le spese vengono rimborsate – fino a concorrenza del massimale annuo di 1.500 euro sopra indicato – con l'applicazione di uno scoperto del 20%.
- Infine, nel caso in cui l'iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, UniSalute rimborsa integralmente – per conto di Sanifonds Trentino – i ticket sanitari a carico dell'iscritto.

A.4 Prestazioni riabilitative a seguito di **infortunio**

PREMESSA

Il Fondo rimborsa prestazioni di riabilitazione fruite dall'iscritto a seguito di infortunio.

I rimborsi e/o le prestazioni vengono erogati – per conto di Sanifonds Trentino e in attuazione di una polizza collettiva contratta allo scopo – tramite UniSalute.

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

A) Prestazioni riabilitative eseguite in strutture sanitarie private non convenzionate o effettuate da personale non convenzionato con UniSalute.
Rimborso del 75% delle spese sostenute dall'iscritto, con un minimo non indennizzabile di 70,00 euro per fattura/persona. La fattura potrà riferirsi all'intero ciclo fisioterapico.

B) Prestazioni riabilitative eseguite in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati (qui la lista delle strutture o medici convenzionati https://www.unisalute.it/rete-convenzionata).
Pagamento diretto da parte di UniSalute alla struttura per le prestazioni erogate senza applicazione di franchigie o scoperti.

C) Prestazioni riabilitative eseguite in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate
Rimborso integrale dei ticket sanitari nel limite del massimale assicurato.

Il massimale annuo per assicurato è pari a 400 euro.

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- L'infortunio deve essere attestato da un certificato di Pronto Soccorso, mentre il ciclo di terapie deve essere oggetto di prescrizione del medico "di famiglia" o dello specialista – la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata – ed effettuato da professionisti sanitari abilitati in terapia della riabilitazione.
- Non sono rimborsabili prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

A.5 Gravi malattie

PREMESSA

Il Fondo copre il rischio di insorgenza di gravi malattie.

I rimborsi vengono erogati – per conto di Sanifonds Trentino e in attuazione di una polizza collettiva contratta allo scopo - tramite UniSalute a cui deve essere inviata la richiesta di rimborso secondo la procedura indicata nel Vademecum inviato in formato elettronico al datore di lavoro.

A.5.1 Garanzia critical illness ("gravi malattie")

L'iscritto ha diritto all'erogazione di un importo "una tantum" in caso di insorgenza di una tra le "gravi malattie" elencate nel seguito.

Neoplasie maligne

Si indica una massa di tessuto caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dalla invasione dei tessuti. Questo include leucemia, linfoma di hodgkin, e linfoma non hodgkin ma esclude i tumori di carattere non invasivo in situ e tumori della pelle diversi dal melanoma invasivo maligno.

Infarto miocardico acuto

Si intende la necrosi di una porzione del muscolo cardiaco quale risultato di una inadeguata irrorazione sanguigna come evidenziata da un tipico dolore al petto, alterazioni nell'elettrocardiogramma e un aumento degli enzimi cardiaci.

Ictus

Si intende un evento cerebrovascolare che come risultante crea un danno neuro-logico permanente. Sono specificamente esclusi attacchi ischemici transitori.

Interventi cardiaci

Si intende l'intervento denominato by-pass delle arterie coronariche. L'intervento viene effettuato su indicazione di uno specialista cardiologo, al fine di correggere la riduzione o il bloccaggio di una o più arterie coronariche mediante l'aggiunta di by-pass.

Angioplastica

Gli interventi realizzati con qualsiasi tecnica, su indicazione di un cardiologo, al fine di correggere almeno del 50 % il restringimento di due o più arterie coronariche.

UniSalute richiederà la prova angiografica a supporto della necessita delle operazioni suddette.

Fra le tecniche di intervento sono comprese anche la angioplastica, il laser a eccimeri, la "rotablation", gli "stents" e la aterectomia direzionale.

Patologie a carico delle valvole cardiache

Si intendono patologie a carico delle valvole cardiache che comportino interventi a cuore aperto affrontati per riparare o sostituire una valvola anormale.

Patologie a carico dell'aorta

Si intendono le patologie a carico dell'aorta che comportino interventi affrontati per correggere qualsiasi restringimento, dissezione o aneurisma dell'aorta toracica o addominale.

Insufficienza renale cronica

Si intende l'insufficienza renale in fase finale, caratterizzata da insufficienza cronica irreversibile del funzionamento di entrambi i reni a causa della quale si intraprende un processo di dialisi o un trapianto di rene.

Trapianti

Si intendono le procedure legate al trapianto di cuore, fegato, polmone, rene, midollo osseo o pancreas.

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

L'iscritto ha diritto alla corresponsione di una somma pari a euro 5.000. Unisalute verserà l'indennizzo all'iscritto, se questi è in vita dopo 30 giorni dalla diagnosi di grave malattia.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Relativamente agli stati patologici insorti precedentemente alla data di efficacia della copertura e non conosciuti dall'iscritto, la garanzia sarà efficace per gli eventi che si manifestino decorsi 180 giorni dalla decorrenza contrattuale. Sono invece escluse le seguenti fattispecie: a) recidive di patologie esaminate, diagnosticate o curate prima dell'iscrizione a Sanifonds; b) recidive di patologie a fronte delle quali l'iscritto abbia già ricevuto un indennizzo in forza della presente polizza.

A.5.2 Diagnosi comparativa

I servizi garantiti nell'ambito di questa garanzia sono forniti esclusivamente per le seguenti patologie:

- AIDS
- MORBO DI ALZHEIMER
- PERDITA DELLA VISTA
- NEOPLASIE
- STATI VEGETATIVI
- MALATTIE CARDIOVASCOLARI
- PERDITA DELL'UDITO
- INSUFFICIENZA RENALE
- PERDITA DELLA PAROLA
- TRAPIANTO DI ORGANO
- PATOLOGIA NEURO MOTORIA
- SCLEROSI MULTIPLA
- PARESI
- MORBO DI PARKINSON
- INFARTO MIOCARDICO
- ICTUS
- USTIONI GRAVI

Per l'attivazione della garanzia, l'iscritto dovrà contattare UniSalute e concordare con il medico la documentazione necessaria; dovrà poi inviare a Unisalute la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico di UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata da Unisalute, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

La garanzia garantisce all'iscritto l'accesso ai seguenti servizi:

- Consulenza Internazionale: UniSalute rilascerà all'iscritto un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da Best Doctors® e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione sanitaria richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
- Trova Il Medico: UniSalute, attraverso Best Doctors®, metterà in contatto l'iscritto con un massimo di tre specialisti scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine Best Doctors® ricerca nel suo data-base e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'iscritto.
- Trova la Miglior Cura: Qualora l'iscritto intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da UniSalute, affinché l'iscritto possa fruire di tariffe agevolate, provvederà a fissare attraverso Best Doctors® tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, nonché, laddove necessario, l'alloggio in albergo e il trasporto in automobile o ambulanza.
- Best Doctors® supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors consentirà all'iscritto di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.

A.6 **Non autosufficienza**

PREMESSA

La copertura è a beneficio dell'iscritto che si trovi in una condizione accertata di "non autosufficienza consolidata", cosi come esplicitato nel seguito.

Per "non autosufficienza consolidata" si intende l'insorgenza di una delle seguenti due condizioni:

- Il soggetto si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente di effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita (lavarsi, mangiare, spostarsi, vestirsi, secondo le definizioni dell'Allegato A consultabile contattando gli uffici del Fondo) e necessita in modo costante: dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio o di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza; OPPURE
- Il soggetto sia affetto da demenza senile invalidante o dalla malattia di Alzheimer – diagnosticata per la prima volta dopo l'inizio della copertura, verificata da un referto medico e dopo esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status Esame di Folstein) – e necessiti in modo costante dell'assistenza di un terzo che lo sorvegli e/o compia i servizi di cura a domicilio o di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza.

  I rimborsi vengono erogati – per conto di Sanifonds Trentino e in attuazione di una polizza collettiva contratta allo scopo – tramite UniSalute a cui deve essere inviata la richiesta di rimborso secondo la procedura indicata nel Vademecum inviato in formato elettronico al datore di lavoro.

  L'iscritto può optare alternativamente per l'erogazione di una delle due coperture descritte in seguito.

A.6.1 Erogazione di indennità sostitutiva

L'iscritto può optare per la corresponsione di una indennità sostitutiva pari a euro 7.200 (600 euro/mese).

L'indennità sostitutiva è erogata da UniSalute per conto di Sanifonds Trentino.

A.6.2 Prestazioni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria

L'iscritto ha diritto al rimborso delle spese sanitarie e socio-sanitarie. Tale garanzia attiva qualora l'iscritto opti per l'accesso ad un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), consistente nell'erogazione diretta della prestazione di assistenza per mezzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

La garanzia è alternativa a quella descritta nel precedente punto A.6.1.

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

L'iscritto ha diritto ad un massimale annuo di euro 8.640 (720 euro/mese).

I nostri contatti

tel. **0461.1780252**

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

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

Concept: Agenzia OGP

Sanifonds Trentino
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO

www.sanifonds.tn.it