

Sf2018

PIANO SANITARIO
PER I DIPENDENTI

Intervento 19



Sommario

04

INTRODUZIONE AL NUOVO PIANO

I destinatari
del Piano Sanitario 04

05

LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

06

A.1 PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

08

A.2 PRESTAZIONI DI PREVENZIONE ODONTOIATRICA E IGIENE ORALE

09

A.3 PRESTAZIONI DI CURE ODONTOIATRICHE

10

A.4 ALTRE PRESTAZIONI

11

EROGAZIONE DEL RIMBORSO

PROCEDURA PER IL RIESAME DELLA PRATICA

12

PRESTAZIONI IN CASO DI GRAVI MALATTIE 12

Criteri di accertamento
della grave malattia e
dell'eleggibilità delle
spese al rimborso 12

Prestazioni rimborsate 13

13

A.5 PRESTAZIONI SPECIALISTICHE FINALIZZATE ALLA FORMULAZIONE DELLA DIAGNOSI E/O DEL PERCORSO TERAPEUTICO

14

A.6 PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE E ASSISTENZA



I destinatari del Piano Sanitario

A CHI È DEDICATO IL SEGUENTE PIANO SANITARIO

- Dipendente (iscritto principale)

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



Le prestazioni del Piano Sanitario





A.1 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.1 devono essere pari complessivamente ad almeno 23,00 euro.



A.2 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.3 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 250,00.

Tale massimale è concorrente (non cumulabile) a quello della precedente garanzia A.2 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.4 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 fruitive 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.4 devono essere pari complessivamente ad almeno 23,00 euro.

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.5 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.6 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.





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