



*Associazione Artigiani e Piccole Imprese
della Provincia di Trento*

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO

*Piano di Assistenza Sanitaria Integrativa per dipendenti
Associazione Artigiani e Piccole Imprese
Provincia di Trento*

LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

OGGETTO DELLE GARANZIE

TUTTE LE GARANZIE SONO OPERANTI IN CASO DI MALATTIA E DI INFORTUNIO AVVENUTO DURANTE IL PERIODO DI COPERTURA DELL'ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

1. *Grandi interventi chirurgici*
2. *Area specialistica pubblica (ticket)*
3. *Area specialistica privata (Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e di laboratorio)*
4. *Pacchetto maternità*
5. *Odontoiatria*
6. *Fisioterapia*
7. *Assistenza domiciliare*

Per ottenere le prestazioni ci si rivolge:

- a) al Servizio Sanitario Nazionale;
- b) a strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Mutua;
- c) a strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Mutua.

PERSONE COPERTE DAL PIANO SANITARIO

I sussidi e servizi sono prestati a favore dei dipendenti delle associazioni di categoria.

Estensione ai familiari

Gli aventi diritto possono estendere la copertura sanitaria, al raggiungimento di un numero minimo di adesioni, ai loro figli, al coniuge o al convivente more uxorio.

CONTRIBUTO ASSOCIATIVO

Il contributo associativo annuo per persona è pari ad € 120,00.

Perdita di status di dipendente

Le persone assicurate hanno diritto di proseguire nella copertura anche dopo la perdita dello status di dipendente della propria Associazione.

In questo caso il contraente ed eventualmente i figli, il coniuge o il convivente more uxorio, dovranno formalizzare la volontà di esercitare questo diritto e di corrispondere personalmente il premio annuale previsto.

1. Area ospedaliera

1.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico a seguito di malattia o infortunio

In caso di ricovero ospedaliero comportante almeno una notte di degenza, con intervento chirurgico reso necessario da malattia, infortunio o parto, si provvede al rimborso fino alla concorrenza della somma di Euro 40.000,00 per persona e per anno delle spese sostenute per:

a) **Pre-ricovero**

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche sostenuti nei **90 giorni** precedenti l'inizio del ricovero per l'intervento chirurgico.

b) **Intervento chirurgico**

c) Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico nonchè diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi compresi gli apparecchi terapeutici le endoprotesi applicate durante l'intervento.

d) Assistenza medica, medicinali, cure

Assistenza medica ed infermieristica, consulenze medico specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero per l'intervento chirurgico.

e) Post-ricovero

Esami ed accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura od ambulatorio nei **90 giorni** successivi alla cessazione del ricovero, purchè pertinenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricovero per l'intervento chirurgico.

f) Retta di degenza

Viene rimborsata la spesa per la retta di degenza e/o ricovero per l'intervento chirurgico.

g) Parto

Vengono rimborsate le spese per parto naturale, cesareo e l'aborto terapeutico.

h) Cure termali

Vengono rimborsate le spese per cure termali rese necessarie dall'intervento chirurgico (escluse le spese alberghiere).

i) Trasporto in ambulanza

Vengono rimborsate le spese per il trasporto in ambulanza, pre o post intervento chirurgico, del socio per il ricovero in Istituto di cura e da questo al domicilio, fino al limite del 5% della somma assicurata.

Massimale lordo assicurato, scoperti e franchigie

Il massimale assicurato per le prestazioni del punto 1.1 è di € 40.000,00 per persona e per anno con l'applicazione di uno scoperto del 20% e un minimo non indennizzabile di € 1.500.

La copertura per gli interventi chirurgici è attiva fino ai 75 anni dell'iscritto.

Per quanto non formalmente specificato e per le esclusioni si fa riferimento alle condizioni di polizza, sottoscritta dall'Associazione Artigiani, visibile sul sito www.artigiani.tn.it alla sezione consulenze assicurative.

2. Area specialistica pubblica

2.1 Ticket per prestazioni sanitarie

Al socio, nel caso in cui effettui prestazioni sanitarie presso il Servizio sanitario nazionale o presso strutture sanitarie private e liberi professionisti operanti provvisoriamente in accreditamento di convenzione per conto e a carico del Servizio sanitario regionale o Servizio sanitario provinciale, è riconosciuto un sussidio pari al 100% del ticket.

In ogni caso, il documento fiscale dovrà necessariamente riportare la dicitura "ticket" o l'impegnativa del medico allegata.

Sono esclusi i ticket per gli accessi o prestazioni di pronto soccorso.

Il sussidio prevede un massimale di € 800,00 (ottocento/00) all'anno per persona in comune con il massimale del punto 3.1, riguardante le visite specialistiche.

3. Area specialistica privata

Visite specialistiche - diagnostica strumentale - esami di laboratorio - interventi chirurgici ambulatoriali - cicli di terapie

3.1 Visite specialistiche

Al socio, nel caso effettui visite specialistiche presso strutture sanitarie private o in libera professione intramurale, viene corrisposto un sussidio pari al 50 % della di spesa sostenuta con un massimo di 50,00 (cinquanta/00) Euro per ciascuna visita.

Il sussidio prevede un massimale di € 800,00 (ottocento/00) all'anno per persona in comune con il massimale del punto 2.1, riguardante l'area specialistica pubblica.

3.2 Diagnostica strumentale

Al socio, nel caso effettuati esami di diagnostica strumentale presso strutture sanitarie private o in libera professione intramurale, viene corrisposto un sussidio pari al 100 % della spesa sostenuta con una franchigia di € 36,15 (trentasei/quindici).

Il sussidio prevede un massimale di € 6.000,00. (sámila/00) all'anno per persona in comune con il massimale del punto 3.4, riguardante i cicli di terapie.

3.3 Esami di laboratorio

Al socio, nel caso in cui effettuati prestazioni sanitarie presso il Servizio sanitario nazionale viene corrisposto un sussidio pari al 100 % del documento fiscale.

Il sussidio prevede un massimale di € 1.000,00 (mile/00) all'anno per persona.

3.4 Cicli di terapie

La Mutua provvede al pagamento delle spese per le cure di radioterapia o di chemioterapia effettuate anche tramite il Servizio sanitario nazionale corrispondendo un sussidio di € 25,00 per ogni giorno o seduta di trattamento.

Il sussidio prevede un massimale di € 6.000,00 (semila/00) all'anno per persona in comune con il massimale del punto 3.2, riguardante la diagnostica strumentale.

Esclusioni

I sussidi previsti ai punti 2.1, 3.1, 3.2 e 3.3, non sono concessi per le prestazioni inerenti la Medicina legale, la Medicina dello sport, la Medicina del lavoro, la Medicina estetica, la Medicina olistica, l'Agopuntura, la Chiropratica, l'Iridologia, l'Omeopatia, il rilascio di patenti automobilistiche, nautiche o di volo, brevetti e abilitazioni.

Sono inoltre escluse e quindi non riconosciute, le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina o Chirurgia., nonché visite specialistiche effettuate presso studi odontoiatrici/ortodontici.

4. Pacchetto maternità

Il piano sanitario prevede il rimborso delle ecografie, delle visite di controllo ostetrico ginecologiche abbinate ad esame ecografico (fino ad un massimo di 4, elevate a 6 in caso di gravidanza a rischio) e delle analisi clinico chimiche (sono altresì ricomprese anche l'amnioscopia, amniocentesi e villocentesi. Queste ultime vengono rimborsate solamente se la lavoratrice ha un'età superiore ai 35 anni oppure se esiste già una malformazione famigliare, per famiglia si intende parenti di 1° grado) effettuate durante il periodo di gravidanza.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 1.000,00 per assistita all'anno.

In aggiunta a quanto sopra, la garanzia prevede inoltre, in occasione del parto e previa presentazione della relativa cartella clinica, un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero. Tale indennità verrà corrisposta anche in caso di ricovero per aborto terapeutico.

5. Odontoiatria

Cure odontoiatriche

Sono rimborsabili le spese per prestazioni di igiene orale (visita intercettiva e ablazione tartaro), prestazioni odontoiatriche, ortodontiche, o protesi dentali, **effettuate presso strutture convenzionate con la Mutua.**

Il massimale è di € 200,00 (trecento/00) nell'anno solare per iscritto.

Tali prestazioni sono rimborsate a riparto, € 45,00 (quarantacinque,00) alla presentazione della prima fattura, a titolo di acconto provvisorio, e l'eventuale successivo rimborso sarà erogato alla chiusura del bilancio della Mutua Artieri, utilizzando la disponibilità del fondo, istituito sul bilancio di previsione annuale per le cure odontoiatriche. Nel caso in cui la disponibilità annua non sia in parte impiegata, il residuo resterà disponibile nello specifico fondo, previsto nello stato patrimoniale del bilancio.

Implantologia

Il massimale di tali prestazioni è di € 2.300,00 complessivi; nel caso di due impianti il massimale si riduce a € 850,00 e nel caso di uno si riduce a € 450,00.

6. Trattamenti fisioterapici riabilitativi (a seguito di intervento chirurgico)

La Mutua provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio o di intervento chirurgico, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico “di base” o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con la Mutua ed effettuate da medici convenzionati, le spese per le prestazioni vengono rimborsate dalla Mutua.

Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 80% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 100,00 per ogni fattura. Per ottenere il rimborso da parte della Mutua, è necessario che l'Iscritto alleggi alla fattura la richiesta del medico curante, contenente la patologia, come indicato all'inizio del paragrafo.

Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale la Mutua rimborsa integralmente i ticket sanitari.

Per il rimborso, è necessario che l'Iscritto alleggi alla copia del ticket, copia della richiesta del medico curante, contenente la patologia, come indicato all'inizio del paragrafo.

Il massimale annuo garantito per il complesso delle prestazioni previste dal presente articolo corrisponde a € 700,00 per persona.

7. Assistenza domiciliare

Al socio, qualora necessiti di assistenza sanitaria per praticare terapia medica e/o sanitaria specialistica, infermieristica, per medicazioni, mobilizzazioni, prelievi, rilievi dei parametri biologici o di interventi socio-assistenziali, è riconosciuto un sussidio orario di € 10,00. Le spese sostenute dovranno essere documentate ed in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibili alla patologia in atto.

Al socio, affetto da neoplasie maligne, viene riconosciuto un sussidio orario di € 15,00, qualora necessiti di assistenza sanitaria per praticare terapia medica e/o sanitaria specialistica, infermieristica, per medicazioni, mobilizzazioni, prelievi, rilievi dei parametri biologici o di interventi socio-assistenziali praticate negli ultimi sei mesi di vita.

Le spese sostenute dovranno essere documentate ed in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibili alla patologia in atto.

Il massimale ammonta a € 400,00 all'anno per persona.

CONDIZIONI GENERALI DELLE GARANZIE 2-3-4-5

1. Non è richiesta la compilazione di questionario sanitario
2. Estensione territoriale: mondo intero
3. Sono sempre esclusi:
 - ❑ La cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
 - ❑ Le prestazioni mediche aventi finalità estetiche;
 - ❑ Il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, anfetamine e simili;
 - ❑ Gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento, salvo che si tratti di corse podistiche, gare bocciofile, pesca non subacquea, tiro a segno, tiro a volo e simili, scherma e tennis;
 - ❑ Gli infortuni causati da azioni dolose/criminali compiute dall'assicurato, esporsi deliberatamente a pericoli eccezionali (salvo in caso di solidarietà umana);
 - ❑ Le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
 - ❑ Le conseguenze di guerra, guerre civili, invasione, insurrezioni, rivolte, atti di pirateria e sabotaggio, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

NORME DI CARATTERE GENERALE

DOMANDA RICHIESTA DI RIMBORSO

Tutte le richieste di rimborso devono essere presentate alla Mutua Artieri entro 120 giorni, e comunque entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello della data della prestazione, dalla data del documento fiscale originale (ticket, fatture ecc.), rilasciato dalla struttura sanitaria.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

DOCUMENTI DA ALLEGARE PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE MEDICHE:

- 1) Modello di richiesta rimborso debitamente compilato in ogni sua parte (anagrafica Socio e codice Iban Socio) e firmato.
- 2) Notule di spesa in originale, riportanti la tipologia di prestazione eseguita.

Qualora la fattura sia unica, e riferita a più prestazioni, si richiede specifica numero prestazioni ed importi parziali delle stesse.

Documentazione medica da allegare (anche in fotocopia):

- a) in caso di prestazione ad integrazione del Servizio Sanitario Pubblico: la ricevuta del ticket pagato;
- b) in caso di prestazione privata: copia prescrizione medica, oppure certificato emesso dallo specialista contestualmente all'emissione della fattura, attestante patologia e/o sospetto diagnostico che ha reso necessaria la prestazione medica specialistica.