

Sf2019

PIANO SANITARIO PER I DIPENDENTI E I FAMILIARI Fondazioni di Ricerca



Sommario

04

INTRODUZIONE AL NUOVO PIANO

Il Piano Sanitario 2019 in "pillole"	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 CURE ODONTOIATRICHE

12

A.5 ALTRE PRESTAZIONI

13

A.6 PACCHETTO LENTI CORRETTIVE

15

EROGAZIONE DEL RIMBORSO

PROCEDURA PER IL RIESAME DELLA PRATICA

16

PRESTAZIONI IN CASO DI GRAVI MALATTIE

Criteri di accertamento della grave malattia e dell'eleggibilità delle spese al rimborso	16
Prestazioni rimborsate	17

17

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

18

A.8 PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE E ASSISTENZA

19

A.9 PRESTAZIONI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA



Il Piano Sanitario 2019 in “pillole”





Il Piano Sanitario 2019 **conferma tutte le prestazioni e i relativi massimali** di rimborsi previsti nel 2018.

L'ulteriore significativo aumento di iscritti che hanno utilizzato il Fondo nel corso del 2018 rispetto al 2017 ci ha confortato, infatti, sia sulla crescita di conoscenza dello strumento sia sulla completezza del *menù* di prestazioni sanitarie rimborsate.

Con riferimento, invece, alle condizioni di ammissibilità previste per alcune categorie di prestazione, sono state introdotte alcune modifiche che riteniamo riducano al minimo i possibili dubbi interpretativi per i nostri iscritti.

Queste modifiche derivano da un approfondito lavoro di analisi svolto sulle pratiche pervenute nel 2018 e sono accompagnate da un accurato *restyling* grafico dei documenti.

La tabella riassuntiva riportata in basso sintetizza tali modifiche e consente ai lettori di indirizzarsi immediatamente nella sezione di Piano e Vademecum di proprio interesse.

Garanzia (categoria di prestazione)	Cosa è cambiato rispetto al 2018?	Dove trovi queste indicazioni
 A.1 Riabilitazione e cure fisiche	<ul style="list-style-type: none"> La prescrizione medica è richiesta per le spese sostenute a partire dal 01.01.2019* * Nel 2018, anno nel quale era stato introdotto l'obbligo di presentare la prescrizione, tale richiesta riguardava le spese successive al 15.04 (ossia alla data di pubblicazione del Piano sul nostro sito). A partire da quest'anno, dopo un anno di sperimentazione e l'“acquisizione” della norma da parte dei nostri iscritti, tale regola è stata resa stabile e si applica per l'intero anno solare Sono state esplicitate le prestazioni non incluse nella categoria in oggetto e, quindi, non ammissibili a rimborso (es. cure termali) 	Pagina 7
 A.2 Prestazioni di specialistica ambulatoriale	<ul style="list-style-type: none"> Sono state esplicitate le prestazioni non incluse nella categoria in oggetto e, quindi, non ammissibili a rimborso (es. visita medico-sportiva, visita per la patente, ecc.) 	Pagina 8-9
 A.4 Prestazioni di cure odontoiatriche	<ul style="list-style-type: none"> Con riferimento alle eventuali fatture di acconto per le quali l'iscritto non disponga della fattura di saldo, è stato predisposto un format univoco da far compilare al medico odontoiatra 	Pagina 11
 A.6 Pacchetto lenti correttive	<ul style="list-style-type: none"> La prescrizione attestante la variazione del visus è richiesta per le spese sostenute a partire dal 01.01.2019 Sono stati esplicitati alcuni chiarimenti interpretativi richiesti nel 2018 dagli iscritti relativamente alle lenti a contatto È stata redatta la “Miniguia per lenti correttive” contenente 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 documentazione sanitaria o amministrativa le diciture richieste ai fini del rimborso 	Pagina 13-14



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 o inviato ai datori di lavoro.

Gli iscritti potranno presentare le richieste (pratiche) rispettando le seguenti scadenze.

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

Solo i dipendenti iscritti al Fondo dopo il 30 giugno 2019, potranno presentare la richiesta di rimborso delle spese sanitarie sostenute nel 2019 dal 1° gennaio al 10 marzo 2020.

	Periodo di spesa	Quando chiedere il rimborso
1° Finestra Rimborsuale	Dal 1° gennaio 2019 al 30 giugno 2019	Dal 1° luglio 2019 al 20 settembre 2019
2° Finestra Rimborsuale	Dal 1° luglio 2019 al 30 settembre 2019	Dal 1° ottobre 2019 al 10 dicembre 2019
3° Finestra Rimborsuale	Dal 1° ottobre 2019 al 31 dicembre 2019	Dal 1° gennaio 2020 al 10 marzo 2020



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 spese saranno rimborsate solo se accompagnate da prescrizione medica. Saranno considerate ammissibili le prescrizioni datate fino a 4 mesi prima del sostenimento della spesa. Le prescrizioni possono essere redatte dal 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*.
- Le cure termali (aerosol, inalazioni, fangoterapia, ecc.) non rientrano tra le prestazioni ammissibili al rimborso.

* 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**

* Per le visite psicologiche, in presenza di fatture indicanti più prestazioni/sedute sarà ricondotta alla categoria A.2 solo una prestazione. Infatti, per cicli di prestazioni psicologiche o psicoterapiche il costo relativo alle prestazioni successive alla prima verrà rimborsato nella categoria A.5 del seguente Piano.

**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; visite medico-sportive; certificati medici; visite medico-legali, visite omeopatiche e/o naturopatiche e/o altrimenti riconducibili all'area della medicina alternativa/complementare; esame della vista svolto dall'ottico/optometrista; vaccini; prestazioni per igiene pubblica.

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, SCALING, 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, scaling, sedute 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 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.)
- TERAPIE CHIRURGICHE IN AMBITO PARODONTALE (chirurgia muco-gengivale/ chirurgia rigenerativa/chirurgia di eliminazione delle tasche)*
- DIAGNOSTICA (rx endorale; ortopantomica; tac)

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

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.

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ SOLO PER LE FATTURE DI ACCONTO

Il Fondo rimborsa le fatture di acconto 2019 se accompagnate dalla fattura di saldo.

Cosa fare se si ha la fattura di saldo entro il 31.12.2019. Le fatture di acconto e il saldo dovranno essere presentate al Fondo nella finestra rimborsuale determinata dalla data della fattura di saldo.

Cosa fare se si è in possesso solo di fatture d'acconto. Le fatture di acconto 2019 saranno rimborsabili **esclusivamente** se accompagnate dal "Modulo certificazione acconto odontoiatria 2019" predisposto dal Fondo e compilato dal dentista in tutte le sue parti (scarica il modulo a questo link <https://www.sanifonds.tn.it/pdf/modulo-certificato-odontoiatria.pdf>). Questa norma non vale per le fatture di acconto dei familiari.

ULTERIORI CHIARIMENTI

- Non saranno accettate fatture riportanti voci di spesa generiche (es.: "cure odontoiatriche").
- 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 dal dentista. La documentazione comprovante la patologia deve essere presentata contestualmente alla richiesta di rimborso e può essere data fino a 12 mesi prima rispetto alla data della fattura.



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 (effettuata su prescrizione del medico)
- PRESTAZIONI PER LA VALUTAZIONE DELL'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, calze a compressione graduata, ecc.)
- 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 fruiti in strutture/studi privati

* Da questa categoria sono escluse le prestazioni che non sono riconducibili direttamente a una delle categorie rimborsate dal presente Piano (ad esempio le sedute di gruppo, le prestazioni per la valutazione di danni, il training autogeno, prestazioni psicologiche afferenti all'apprendimento e allo studio).

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.
- Per la prestazione di elaborazione e formulazione della dieta, le spese saranno rimborsate in presenza della prescrizione del medico di base o dello specialista che attesti la necessità di tale cura. La prescrizione non deve essere antecedente di 12 mesi rispetto alla data della fattura.



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) 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 limite rimborsabile pari a euro 100,00.

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 dalla data della precedente fatturazione.

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.

CHIARIMENTI INTERPRETATIVI SULLE LENTI A CONTATTO

- › In caso di richiesta di lenti a contatto, l'iscritto può presentare più richieste durante la stessa campagna rimborsuale fino ad esaurimento del massimale.
- › Le soluzioni liquide per lenti a contatto non sono ammissibili.

CHIARIMENTI INTERPRETATIVI SULLE LENTI DA SOLE

- › Le lenti da sole, anche se graduate, non rientrano tra i presidi rimborsabili dal Fondo.

ULTERIORI CHIARIMENTI

- › 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.

Ove i documenti di spesa/fatture riportino il pagamento rateale di una prestazione eseguita nel 2019, le fatture saranno rimborsate per la sola annualità in corso. Si specifica che le condizioni di ammissibilità per fatture di acconto relative a cure odontoiatriche sono descritte sotto la garanzia A.4 del Piano.

Le fatture intestate fiscalmente al dipendente iscritto ma sostenute da un familiare iscritto a Sanifonds saranno rimborsate a nome del familiare.

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.



Prestazioni in caso di gravi malattie

Il Fondo con gli organismi tecnico-sanitari ha individuato un elenco di gravi patologie. L'iscritto ha diritto al rimborso parziale delle spese sanitarie in caso di insorgenza di una delle gravi malattie incluse nel seguente elenco:

- NEOPLASIE MALIGNE
- 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 01/01/2019)*.

Eventuali pratiche che non rispondono ai criteri di ammissibilità per gravi patologie stabiliti nel presente Piano verranno gestite come spese afferenti alle prestazioni delle categorie da A.1 a A.6.

* 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 2019.

- 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 2019 e la loro entità potrà essere rivista a partire dal 2020.

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

** Per analoga prestazione concessa dal 2020 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.



www.sanifonds.tn.it