

Sf2024

**Piano Sanitario
per il dipendente
e i familiari**

Sommario

04

I DESTINATARI
DEL PIANO
SANITARIO

06

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

14

A.6 PACCHETTO LENTI
CORRETTIVE

16

A.7 SANIINROSA
PACCHETTO
MATERNITÀ

18

A.8 BONUS
PSICOLOGO

19

EROGAZIONE
DEL RIMBORSO

PROCEDURA
PER IL RIESAME
DELLA PRATICA

20

PRESTAZIONI
IN CASO
DI GRAVI MALATTIE

21

A.9 PRESTAZIONI
SPECIALISTICHE
FINALIZZATE
ALLA
FORMULAZIONE
DELLA DIAGNOSI
E/O DEL PERCORSO
TERAPEUTICO

22

A.10 PRESTAZIONI
DI RIABILITAZIONE
E ASSISTENZA

23

A.11 PRESTAZIONI
PER LA NON
AUTOSUFFICIENZA

24

I NOSTRI CONTATTI



I destinatari del Piano Sanitario

A CHI È DEDICATO IL SEGUENTE PIANO SANITARIO

- Dipendente (iscritto principale)
- Familiari

Per i familiari si specifica che l'iscrizione è **volontaria**, ossia è compito dell'iscritto principale provvedere all'iscrizione dei propri familiari, e:

- Per i familiari fiscalmente a carico:** l'iscrizione è gratuita, in quanto compresa nella contribuzione a carico del datore.
- Per i familiari non a carico:** l'iscrizione è a pagamento.

Con riferimento ai massimali di rimborso riportati nel Piano:

- Per gli iscritti coperti gratuitamente (iscritto principale e eventuali familiari fiscalmente a carico): il massimale di rimborso previsto per ogni categoria è condiviso (ossia il calcolo viene fatto conteggiando i rimborsi fruiti da tutti i componenti il nucleo);
- Viceversa, per ogni familiare iscritto a pagamento i massimali riportati nel Piano sono autonomi, quindi non condivisi con i restanti componenti del nucleo familiare

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



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.sfmetalmeccanici.it

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.

	Periodo di spesa		Quando chiedere il rimborso
1^a Finestra	Dal 1° gennaio 2024 al 31 marzo 2024	>	Dal 1° maggio 2024 al 28 giugno 2024
2^a Finestra	Dal 1° aprile 2024 al 30 giugno 2024	>	Dal 1° agosto 2024 al 30 settembre 2024
3^a Finestra	Dal 1° luglio 2024 al 30 settembre 2024	>	Dal 1° novembre 2024 al 7 gennaio 2025
4^a Finestra	Dal 1° ottobre 2024 al 31 dicembre 2024	>	Dal 3 febbraio 2025 al 31 marzo 2025



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

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

Riabilitazione/Cure fisiche

- RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE
- ULTRASUONOTERAPIA
- ELETTROTERAPIA ANTALGICA - TENS, ALTO VOLTAGGIO
- ELETTROTERAPIA ANTALGICA - DIADINAMICA
- ELETTROTERAPIA 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.



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 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 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; 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 MUSCOLOSCHELETRICA
- 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.

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 euro.



A.3 Prestazioni di prevenzione odontoiatrica e igiene orale

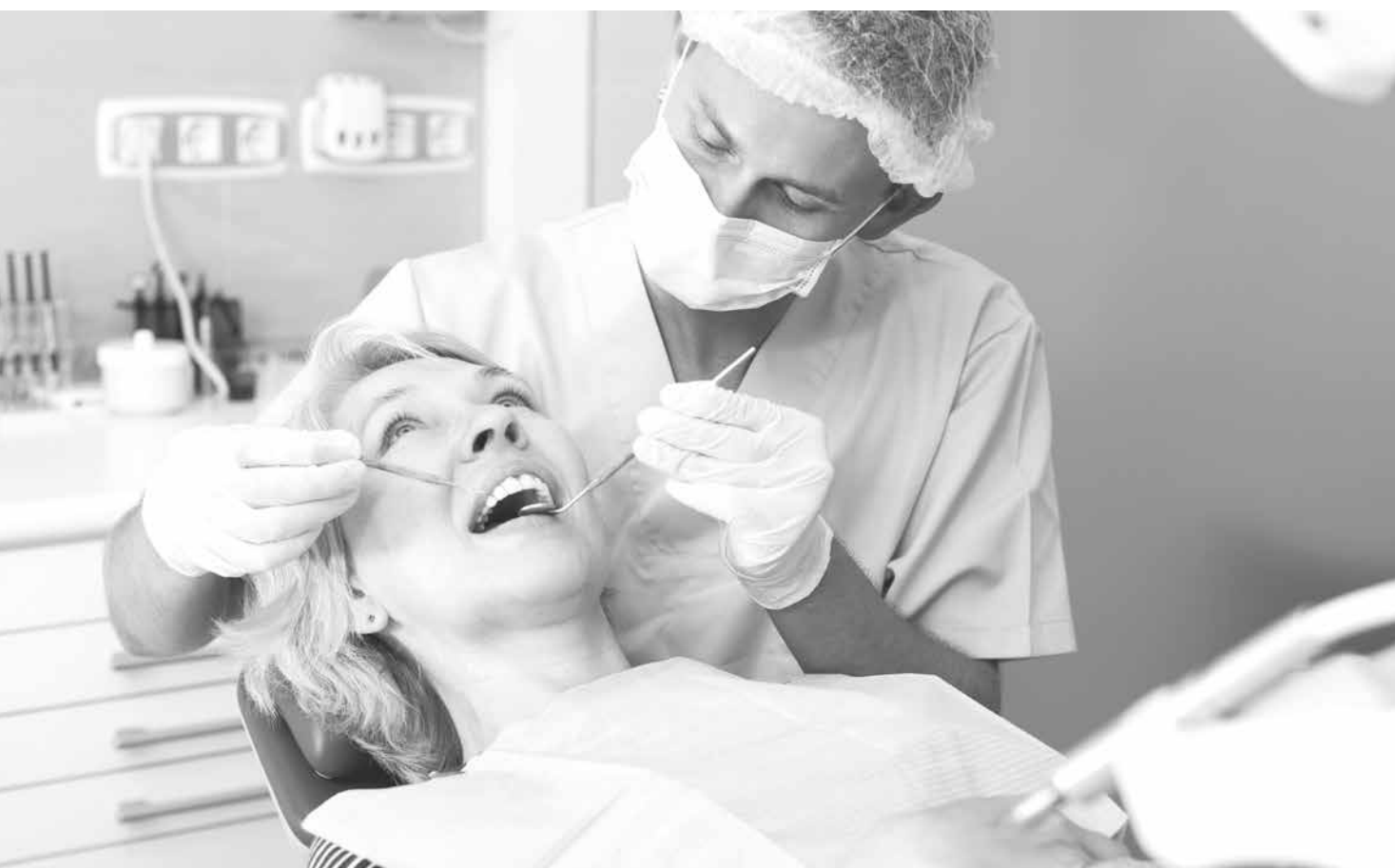
Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

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.





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 400.

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 2024 se accompagnate dalla fattura di saldo.

Cosa fare se si ha la fattura di saldo entro il 31.12.2024. 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 2024 saranno rimborsabili **esclusivamente** se accompagnate dal "Modulo certificazione acconto odontoiatria 2024" predisposto dal Fondo e compilato dal dentista in tutte le sue parti.

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

- 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.

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

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 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.

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.

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.



A.7 SaniInRosa Pacchetto maternità

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

A.7.1 Prestazioni in gravidanza

- Visite ostetrico/ginecologiche (compresi controlli)
- Ecografie
- Test del Dna fetale e altri esami per la diagnosi prenatale
- Diaria per ricovero ospedaliero

A.7.2 Prestazioni post-parto

- Visita ginecologica di controllo (max. 1)
- Riabilitazione pavimento pelvico
- Psicoterapia
- Visita dietologica (max. 1)

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

- Il pacchetto maternità dispone di un "borsellino" utilizzabile in 2 anni (2024-2025): il massimale di rimborso previsto è pari a euro 1.000 fruibili nell'anno di gravidanza e nell'anno successivo.
- Per la "Diaria di ricovero ospedaliero in occasione del parto": il Fondo eroga euro 50/giorno a partire dal 4° giorno, fino al massimo al 10° giorno di ricovero. Il rimborso massimo è quindi pari a euro 350. La diaria è riconosciuta invece dal primo giorno di ricovero e sempre per un massimo di 7 giorni in caso di ricovero per aborto terapeutico o spontaneo.
- Per la prestazione "Test del Dna fetale e altri esami per la diagnosi prenatale" viene riconosciuto l'80% della spesa.
- Per tutte le altre prestazioni specialistiche e riabilitative in elenco il Fondo rimborsa il 50% delle spese sostenute.

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

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Sono ammissibili le prestazioni per gravidanze accertate a decorrere dal 1° gennaio 2024.

A.7.1 Prestazioni in gravidanza

L'iscritta dovrà presentare, unitamente ai documenti di spesa, il certificato rilasciato dal medico specialista (ginecologo) attestante la gravidanza.

Con specifico riferimento alla prestazione "diaria da ricovero", l'iscritta dovrà presentare la lettera di dimissione dell'ospedale/casa di cura (cosiddetta SDO – Scheda Dimissione Ospedaliera).

A.7.2 Prestazioni post-parto

L'iscritta dovrà presentare, unitamente ai documenti di spesa, il certificato di nascita del bambino.

Con specifico riferimento alla prestazione "riabilitazione del pavimento pelvico", l'iscritta dovrà presentare la prescrizione dello specialista (medico ginecologo) datata fino a 4 mesi prima del sostenimento della spesa.



A.8 Bonus psicologo

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

- VISITA PSICOLOGICA
- COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO
- PSICOTERAPIA INDIVIDUALE
- PSICOTERAPIA FAMILIARE

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 50% della spesa sostenuta, con un **limite rimborsabile per l'anno solare di euro 300**

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).*



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 2024, 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 MALIGNI**
(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)
- **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 CEREBRALE**
- **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 CEREBRALE 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 01/01/2024)*.

* 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.

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.8.

PRESTAZIONI RIMBORSATE

In caso di gravi malattie, il Fondo rimborsa spese sostenute per le prestazioni di seguito elencate:

A.9 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.10 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.11 Prestazioni per la non autosufficienza (a pagamento)

La garanzia LTC prevede l'erogazione di una rendita di **12.000€/anno**, in caso di insorgenza della condizione di non autosufficienza accertata dopo il 01/04/2024.

La copertura LTC non è inclusa nel Piano Sanitario base.

Per accedere a tale garanzia è necessario sottoscrivere un'apposita adesione con Sanifonds. Per maggiori informazioni sulle condizioni di adesione, i costi e la garanzia potete consultare la "Guida all'adesione LTC" disponibile sul sito **www.sfmetailmeccanici.it**



I nostri contatti



tel. **0461.1919745**



e-mail **info@sfmetalmeccanici.it**



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