

**Piano sanitario
PLATINUM**

OGGETTO

Il piano è operante in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute dal Socio per:

SEZIONE PRIMA

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- day-hospital;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche e ticket per accertamenti diagnostici;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia;
- servizi di consulenza e assistenza.

SEZIONE SECONDA

- prestazioni per stati di non autosufficienza (prestazione prevista per i soli dipendenti titolari)

Per ottenere le prestazioni di cui necessita il Socio può rivolgersi a:

- Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate**
- Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate**
- Servizio Sanitario Nazionale**

BENEFICIARI

Beneficiari del piano sanitario sono i lavoratori con qualifica di quadro appartenenti ad aziende che abbiano fatto regolare richiesta ad HYGEIA MUTUA SANITARIA.

La copertura può essere estesa, con versamento del relativo contributo associativo a carico del dipendente, al coniuge o al convivente "more uxorio" e ai figli tutti risultanti dallo stato di famiglia. In questo caso dovranno essere incluse tutte le persone come sopra indicate risultanti dallo stato di famiglia.

SEZIONE PRIMA

RICOVERO

RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

E' previsto il pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

b) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

c) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 200,00 al giorno.

DAY-HOSPITAL A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Rientrano in garanzia le spese di ricovero, come sopra evidenziate.

La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici. È operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

PARTO E ABORTO

PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo, effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata, è previsto il pagamento delle spese per le prestazioni di “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure”, “Retta di degenza”.

PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico è prevista esclusivamente la corresponsione di una diaria per ciascun giorno di ricovero pari a € 200,00 giornaliera con il massimo di 8 giorni per evento. L'erogazione della presente garanzia esclude la corresponsione dell'indennità sostitutiva.

INTERVENTI SPECIFICI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Per i seguenti interventi chirurgici, effettuati in regime di ricovero o di day hospital, in strutture non convenzionate, sussistono massimali specifici:

INTERVENTO CHIRURGICO	MASSIMALE PER OGNI INTERVENTO
Isteroscopia operativa	€ 2.500,00
Rinosettoplastica	€ 2.500,00
Cataratta	€ 2.500,00
Rimozione mezzi di sintesi	€ 2.500,00
Interventi a carico dell'ano	€ 3.500,00
Ernie e/o laparoceli della parete addominale	€ 3.500,00
Interventi sul piede	€ 3.500,00
Interventi chirurgici a carico di spalla e ginocchio, non per protesi	€ 5.500,00
Asportazione cisti ovariche	€ 5.500,00
Miomectomia	€ 5.500,00
Colecistectomia	€ 5.500,00
Cistectomia	€ 5.500,00
Riduzione e sintesi fratture singole o multiple	€ 5.500,00
Quadrantectomia	€ 8.000,00
Isterectomia	€ 8.000,00
Ernia del disco	€ 8.000,00
Tiroidectomia	€ 8.000,00
Interventi per protesi (anca, spalla, ginocchio)	€ 8.000,00
Interventi sulla prostata	€ 8.000,00
Interventi su fegato, pancreas, esofago, stomaco, colon, intestino e retto per via laparoscopica o laparotomia, eccetto interventi di appendicectomia	€ 11.000,00
Interventi chirurgici sul cuore e sulle arterie coronariche per via toracotomica o percutanea	€ 11.000,00
Interventi per via craniotomica	€ 11.000,00
Interventi sull'apparato respiratorio per via toracotomica	€ 11.000,00
Nefrectomia	€ 11.000,00

Qualora il socio si rivolga a strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate e a medici convenzionati, i massimali più sopra indicati non si intendono operanti.

MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente alle strutture sanitarie convenzionate, ad eccezione di una somma di €1.500,00 restante a carico del Socio.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate al Socio con uno scoperto del 50%, con il minimo non indennizzabile di €2.500,00, ad eccezione delle seguenti:

“Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”:

– lett. c) “Retta di degenza”;

“Parto non cesareo e aborto terapeutico”;

“Interventi specifici a seguito di malattia e infortunio”

che vengono rimborsate al Socio nei limiti previsti.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia di “Indennità Sostitutiva”.

Qualora il Socio sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, sarà rimborsato integralmente quanto anticipato dal Socio nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l’indennità sostitutiva”.

INDENNITA' SOSTITUTIVA

Se il Socio non richiede alcun rimborso, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un’indennità di € 60,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.

MASSIMALE DI SPESA

Il massimale annuo di spesa per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a €50.000,00 per nucleo familiare.

ALTA SPECIALIZZAZIONE

E’ previsto il pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) (“anche digitale”)

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------|---|
| – Angiografia | – Colecistografia | – Retinografia |
| – Artrografia | – Dacriocistografia | – Rx esofago con mezzo di contrasto |
| – Broncografia | – Defecografia | – Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto |
| – Cisternografia | – Fistelografia | – Rx tenue e colon con mezzo di contrasto |
| – Cistografia | – Flebografia | – Scialografia |
| – Cistouretrografia | – Fluorangiografia | – Splenoportografia |
| – Clisma opaco | – Galattografia | – Urografia |
| – Colangiografia intravenosa | – Isterosalpingografia | – Vesciculodeferentografia |
| – Colangiografia percutanea (PTC) | – Linfografia | – Videoangiografia |
| – Colangiografia trans Kehr | – Mielografia | – Wirsunggrafia |

Accertamenti

- | | | |
|-------------------------|----------------|--|
| – Ecocardiografia | – PET | – Mammografia o Mammografia Digitale |
| – Elettroencefalogramma | – Scintigrafia | – Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN) |
| – Elettromiografia | | – Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale) |

Terapie

- | | | |
|------------------|----------------|--------------------------------------|
| – Chemioterapia | – Radioterapia | – Laserterapia a scopo fisioterapico |
| – Cobaltoterapia | – Dialisi | |

Per l’attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui il Socio si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l’applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui il Socio si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, saranno rimborsati integralmente i ticket sanitari a carico del Socio.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 5.000,00 per nucleo familiare.

VISITE SPECIALISTICHE E TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

VISITE SPECIALISTICHE

E' previsto il pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate al Socio vengono liquidate direttamente alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui il Socio si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €40,00 per ogni visita specialistica.

Nel caso in cui il Socio si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari rimasti a carico .

TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

E' previsto il rimborso integrale dei ticket sanitari per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale.

Il massimale annuo di spesa per il complesso delle prestazioni "Visite Specialistiche" e "Ticket per Accertamenti Diagnostici" corrisponde a €1.000,00 per nucleo familiare.

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

E' previsto il pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale una volta ogni due anni in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni sotto indicate, che costituiscono la prevenzione, devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale;
- Visita specialistica odontoiatrica.

Restano invece a carico del Socio, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE, PROTESI ODONTOIATRICHE E ORTODONZIA

E' previsto il pagamento delle spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche e terapie conservative.

Rientrano in garanzia eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, nonché all'applicazione delle protesi o alle prestazioni ortodontiche.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate al Socio vengono liquidate direttamente, con l'applicazione di uno scoperto del 15% che dovrà essere versato dal Socio alla struttura sanitaria convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura.

Nel caso in cui il Socio si rivolga a strutture del Servizio Sanitario nazionale o da esso accreditate, saranno rimborsati integralmente i ticket sanitari a suo carico.

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 250,00 per nucleo familiare.

SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde 800-016620 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate.

I seguenti servizi di consulenza e di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800-212477

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia il Socio necessiti di una consulenza telefonica urgente da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

d) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia, il Socio, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 nei giorni festivi e non riesce a reperirlo la Centrale Operativa accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento del Socio nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

e) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia il Socio necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

f) Trasferimento in centro medico specializzato

Qualora il Socio in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza del Socio e i medici della Centrale Operativa, previa analisi del quadro clinico del Socio e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Centrale Operativa provvederà a organizzare il trasporto del Socio al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni tra quelli sotto elencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa.

Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea, classe economica .

La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza del Socio .

All'estero

In collaborazione con Europ Assistance, sono inoltre offerti, per tutto l'arco delle 24 ore, i seguenti servizi telefonando dall'estero al numero: prefisso internazionale dell'Italia + 0258286753.

g) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, il Socio necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno nel limite di € 100,00 per sinistro.

h) Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio il Socio abbia necessità, per la terapia del caso, di specialità medicinali irreperibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia), la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative.

Rimane a carico del Socio il costo di acquisto dei medicinali.

i) Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui il Socio si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto del Socio in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni del Socio tra quelli sotto elencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, prima classe e, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano al Socio di proseguire il viaggio.

La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro del Socio, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

SEZIONE SECONDA

GARANZIA PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA (Garanzia operante per il solo dipendente titolare)

Nel caso in cui il socio titolare si trovi in uno stato di dipendenza, l'importo mensile garantito corrisponderà a €500,00 per una durata massima di anni 3.

CONDIZIONI DI ASSICURABILITA'

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

1. Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti : spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi.
2. Aver diritto, aver richiesto, o percepire una pensione di invalidità, o una rendita per incapacità permanente che corrisponda ad un livello di incapacità superiore al 25%.
3. Presentare malattie, postumi di malattie o di infortuni precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.
4. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson, dalla sclerosi a placche o da diabete non controllato o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente).

DEFINIZIONE DELLO STATO DI DIPENDENZA

Viene riconosciuta in stato di Dipendenza la persona il cui stato di salute venga giudicato "consolidato" e che:

1. Si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di potere effettuare da sola almeno tre dei quattro atti ordinari della vita: lavarsi, nutrirsi, spostarsi, vestirsi, e necessiti in modo costante:
 - o dell'assistenza di un terzo retribuito che compia i servizi di cura a domicilio, secondo i parametri definiti dal Servizio Sanitario Nazionale;
 - o del ricovero in lunga degenza in un servizio adatto alle persone il cui stato necessiti di sorveglianza medica costante e di trattamenti di mantenimento;
 - o del ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

2. sia affetta da demenza senile invalidante o dalla malattia di Alzheimer, 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:
 - o di un soggiorno in ospedale psichiatrico per causa di demenza senile invalidante, riconosciuta dal Servizio Sanitario.
 - o dell'assistenza di un terzo retribuito che completi le cure a domicilio secondo i parametri definiti dal Servizio Sanitario Nazionale;