



CONFCOMMERCIO
IMPRESE PER L'ITALIA

FONDO SANITARIO

PIANO SANITARIO

Fondo Sanitario Confcommercio
Piazza G.G. Belli , 2 – 00153 Roma
C.F. 97849180589
fondosanitario@confcommercio.it



1	OGGETTO DEL PIANO SANITARIO	3
2	GARANZIA “A”	3
2.1	<i>RICOVERO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI</i>	3
2.2	<i>INDENNITA’ SOSTITUTIVA</i>	4
2.3	<i>MODALITA’ DI RIMBORSO</i>	4
3	GARANZIA “B”	4
3.1	<i>PRESTAZIONI SANITARIE PRE E POST INTERVENTO</i>	4
3.2	<i>MODALITA’ DI RIMBORSO</i>	5
4	GARANZIA “C”	5
4.1	<i>ACCESSO ALLA RETE SPECIALISTICA CONVENZIONATA</i>	5
5	GARANZIA “D”	5
5.1	<i>ACCESSO ALLA RETE ODONTOIATRICA</i>	5
6	GARANZIA “E”	6
6.1	<i>ASSISTENZA IN EMERGENZA</i>	6
	<i> Consulto medico telefonico</i>	6
	<i> Invio di un medico o di una ambulanza</i>	6
	<i> Trasferimento sanitario programmato</i>	6
	<i> Assistenza infermieristica</i>	7

1 OGGETTO DEL PIANO SANITARIO

Il presente Piano Sanitario articola dettagliatamente le singole garanzie di copertura sanitaria per i Beneficiari iscritti al Fondo.

Le Garanzie di cui ai punti “A” e “B” sono valide in tutto il mondo.

2 GARANZIA “A”

2.1 RICOVERO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Gli interventi chirurgici, conseguenti a infortunio o malattia, sono suddivisi in classi in base al grado di complessità e dettagliati nell’ “Elenco degli interventi chirurgici” con riferimento della classe di appartenenza.

Se il Beneficiario subisce un intervento non indicato espressamente nell’*Elenco degli interventi chirurgici*, si provvederà – secondo giudizio medico – a ricondurlo al più simile tra quelli elencati per tipo di patologia e per tecnica chirurgica utilizzata.

Per interventi chirurgici effettuati a causa della stessa patologia riguardanti il medesimo organo, arto e/o tessuto, l’indennizzo previsto viene corrisposto dal Fondo un’unica volta nell’anno assicurativo cui il sinistro è attribuibile.

Nel caso in cui, nel corso della stessa seduta operatoria, siano effettuati due o più interventi chirurgici, il Fondo corrisponde al Beneficiario l’indennizzo come previsto con riferimento a quello di importo più elevato.

Il massimale di rimborso per interventi di classe VI è di €15.000,00, mentre per interventi di classe VII è di €25.000,00.

L’importo indicato come massimale di rimborso per ciascuna classe di intervento chirurgico deve considerarsi onnicomprensivo e a copertura delle spese sanitarie sostenute per:

- onorari del chirurgo, dell’aiuto, dell’assistente, dell’anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all’intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici, le protesi e le endoprotesi applicate durante l’intervento;
- assistenza medica e infermieristica, consulenze medico-specialistiche, medicinali, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami e analisi di laboratorio medicinali, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio, purché relativi al periodo di ricovero e alla patologia che comporta il ricovero;
- rette di degenza. Non sono comprese le spese non direttamente inerenti la cura o l’intervento, quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristorante e simili;
- rette per vitto e pernottamento nell’istituto di cura (o in struttura alberghiera in caso di ricovero del Beneficiario in istituto di cura pubblico) per un eventuale accompagnatore, con il limite giornaliero di € 50,00 per un periodo massimo pari alla durata del ricovero;
- infermieristica privata individuale, nel limite di € 35,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero;

- nel caso di trapianti di organi, prestazioni di cui ai punti precedenti relative al ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se il Beneficiario è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se il Beneficiario è donatore vivente. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

2.2 INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'indennità sostitutiva, pari a **€ 150,00** al giorno per un massimo di **30 giorni**, per ciascun intervento previsto dall'Elenco degli interventi chirurgici", è riconosciuta nel caso in cui il beneficiario non presenti richiesta di rimborso per le spese sostenute durante il periodo di ricovero.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate come unica giornata.

2.3 MODALITA' DI RIMBORSO

Per l'attivazione della procedura di rimborso è necessario contattare preventivamente il numero verde della centrale operativa.

Sono **pagati direttamente** dal Fondo alla struttura sanitaria, nei limiti di cui al precedente 2.1, i ricoveri per grandi interventi chirurgici autorizzati dal Fondo ed effettuati all'interno delle strutture convenzionate.

La **documentazione** necessaria per ottenere l'autorizzazione al ricovero ed il pagamento diretto è:

- richiesta di ricovero del medico da cui risulti il nominativo, la struttura prescelta;
- il giorno del ricovero;
- la documentazione sanitaria comprovanti le ragioni e la tipologia dell'intervento da effettuare;
- la presumibile durata del ricovero e un recapito telefonico del beneficiario.

Sono **rimborsati** al Beneficiario i ricoveri per grandi interventi chirurgici effettuati in strutture non convenzionate o in strutture convenzionate ma senza preventiva autorizzazione da parte del Fondo.

È rimborsata al Beneficiario anche l'indennità sostitutiva.

La **documentazione** necessaria per ottenere il rimborso è:

- fattura
- copia della cartella clinica

3 GARANZIA "B"

3.1 PRESTAZIONI SANITARIE PRE E POST INTERVENTO

Il Fondo copre le spese sostenute dal Beneficiario:

- **nei 90 giorni precedenti** l'inizio del ricovero e ad esso correlate limitatamente a visite mediche, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio effettuati, anche al di fuori dell'istituto di cura;
- **nei 90 giorni successivi** alla cessazione del ricovero e ad esso correlate

limitatamente a visite mediche, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto di medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi (effettuati da personale fisioterapico abilitato presso centri fisioterapici e riabilitativi o a domicilio del Beneficiario), cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera).

Il rimborso avviene al valore indicato nel Tariffario per ciascuna prestazione sanitaria, entro il massimale di € 3.000,00 per intervento.

3.2 MODALITA' DI RIMBORSO

Le prestazioni previste sono rimborsate esclusivamente in forma indiretta. In questo caso il Fondo provvederà al pagamento direttamente al Beneficiario.

La **documentazione** necessaria per ottenere il rimborso è:

- fattura
- documentazione indicata nel Tariffario nella colonna "Documentazione"

4 GARANZIA "C"

4.1 ACCESSO ALLA RETE SPECIALISTICA CONVENZIONATA

Presentando la Card nominativa Confcommercio/Casagitservizi è possibile, all'interno della rete convenzionata, usufruire di tariffe agevolate rispetto alle tariffe ordinarie applicate dalla struttura.

La rete prevede convenzionamenti su tutto il territorio nazionale per:

- accertamenti diagnostici
- analisi cliniche
- ricoveri e interventi chirurgici (tutti quelli non indicati tra i grandi interventi compresi nella Garanzia A)
- visite specialistiche

L'elenco delle strutture convenzionate è disponibile sul sito www.casagitservizi.it

5 GARANZIA "D"

5.1 ACCESSO ALLA RETE ODONTOIATRICA

Presentando la Card nominativa Confcommercio/Casagitservizi è possibile, all'interno della rete convenzionata, usufruire di tariffe agevolate rispetto alle tariffe ordinarie applicate dalla struttura.

La rete prevede convenzionamenti su tutto il territorio nazionale per:

- prevenzione odontoiatrica gratuita
- prestazioni conservative, protesiche e ortodontiche

L'elenco delle strutture convenzionate è disponibile sul sito www.casagitservizi.it

6 GARANZIA “E”

6.1 ASSISTENZA IN EMERGENZA

Il servizio è attivo in Italia, 24 ore 24, 7 giorni su 7, senza oneri a carico del Beneficiario:

Consulto medico telefonico

La Centrale Operativa è a disposizione del Beneficiario per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a infortunio o malattia improvvisa.

Il servizio medico della Centrale Operativa, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte del Beneficiario o da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire:

- consigli medici di carattere generale;
- informazioni riguardanti:
 - o reperimento dei mezzi di soccorso;
 - o reperimento di medici generici e specialisti;
 - o localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati;
 - o modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private;
 - o esistenza e reperibilità di farmaci.

La Centrale Operativa non fornirà diagnosi o prescrizioni ma farà il possibile per mettere rapidamente il Beneficiario in condizione di ottenere quanto necessario.

Invio di un medico o di una ambulanza

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della Centrale Operativa giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica del Beneficiario, la Centrale Operativa invierà un medico generico convenzionato sul posto.

Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico, verrà organizzato il trasferimento in ambulanza del Beneficiario presso il centro di primo soccorso più vicino al suo domicilio e senza costi a suo carico.

Resta inteso che in caso di emergenza grave la Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali spese.

Trasferimento sanitario programmato

Previa analisi del quadro clinico da parte del servizio medico della Centrale Operativa e d'intesa con il medico curante del Beneficiario, la Centrale Operativa è a disposizione per organizzare il trasporto dello stesso con il mezzo ritenuto più idoneo qualora, a seguito di infortunio o malattia, sia necessario:

- il suo trasferimento presso l'istituto di cura dove deve essere ricoverato;
- il suo trasferimento dall'istituto di cura presso cui è ricoverato ad un altro ritenuto più attrezzato per le cure del caso;

- il suo rientro all'abitazione al momento della dimissione da un Istituto di cura.
La Centrale Operativa organizzerà il trasferimento con i mezzi ritenuti più idonei, mediante:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe, e, ove necessario, vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di chilometraggio o altro mezzo di trasporto.

In base alle condizioni di salute del Beneficiario, la Centrale Operativa provvederà a fornire la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Sono escluse dalla prestazione:

- **le infermità o lesioni** che a giudizio del servizio medico della Centrale Operativa **possono essere curate sul posto**;
- le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
- tutti i casi in cui il Beneficiario o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato;
- tutte le spese diverse da quelle indicate.

Assistenza infermieristica

Qualora il Beneficiario necessiti, nei 7 (sette) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, sulla base di certificazione medica, di essere assistito presso il proprio domicilio da personale specializzato (infermieristico o socio-assistenziale), potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato.

La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema del Beneficiario al fine di offrire la migliore soluzione possibile.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni, per 2 (due) ore al giorno e per massimo 3 (tre) giorni per sinistro.

Con particolare riferimento all'**invio di un medico o di una ambulanza**, al **trasferimento sanitario programmato** e all'**assistenza infermieristica**, salvo quanto diversamente specificato all'interno delle singole prestazioni, la garanzia opera:

- mediante contatto telefonico con la Centrale Operativa 24 ore al giorno, 365 giorni all'anno
- con costi a carico della Società entro il limite di 3 (tre) sinistri per Assicurato durante ciascun anno di validità della copertura
- senza limite di numero di prestazioni nell'ambito del medesimo sinistro
- entro il limite del massimale previsto per ciascun tipo di prestazione di assistenza

Per le prestazioni di consulenza o le informazioni, qualora non fosse possibile prestare una pronta risposta, l'Assicurato sarà richiamato entro le successive 48 (quarantotto) ore.