

COOPERATIVE SOCIALI

PROTEZIONE SANITARIA INTEGRATIVA

PROTEZIONE SANITARIA INTEGRATIVA

1. OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI UN RICOVERO

Rimborso per servizi di assistenza domiciliare tramite la propria rete convenzionata di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa tendente al recupero della funzionalità dell'Assistito, fino ad un massimo di 120 giorni successivi alla data di dimissioni. La Cooperativa Sociale La Salute concorderà il programma con l'Assistito secondo le prescrizioni del sanitario che lo ha dimesso e con attuazione delle disposizioni contenute nel foglio di dimissioni.

Le prestazioni mediche soggette a rimborso sono:

- Assistenza medica domiciliare;
- Assistenza medica infermieristica domiciliare;
- Assistenza riabilitativa tendente al recupero delle funzionalità.

Nota bene:

La copertura è valida per un massimo di 120 giorni successivi alla data di dimissioni.

In seguito alla scadenza dei 120 giorni, potrai comunque continuare autonomamente a usufruire del servizio, che, grazie alla Convenzione, ti garantirà tariffe agevolate

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 5.000 all'anno per persona.

2. RICOVERI IN REGIME DI S.S.N.

E' prevista una diaria di 30,00 € per ogni notte passata in ospedale, in regime di S.S.N. a seguito di ricovero per un massimo di 90 notti l'anno.

3. ALTA SPECIALIZZAZIONE

Il Piano sanitario prevede il pagamento delle spese per le seguenti prestazioni eseguite indipendentemente dal ricovero, in presenza di prescrizione indicante la patologia accertata o presunta per la quale la prestazione viene richiesta.

ALTA DIAGNOSTICA RADIOLOGICA

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco

- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia Trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- RX Esofago, con MDC
- RX Stomaco-duodeno, con MDC
- RX Tenue-colon, con MDC
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesticulodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

ACCERTAMENTI

- Mappatura nei
- E.C.G.
- E.C.G. da sforzo (prova al cicloergometro)
- HOLTER cardiaco
- HOLTER pressorio
- Campo visivo
- Spirometria
- Polisonnografia
- Esame audiometrico
- Esame impedenzometrico
- Accertamenti endoscopici
- Diagnostica radiologica
- Doppler
- Ecocardiografia
- Ecografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia, o Mammografia digitale
- MOC
- PET

- Risonanza Magnetica Nucleare (inclusi Angio RMN), con MDC
- Scintigrafia
- Tomografia assiale computerizzata (anche virtuale) con MDC TERAPIE
- Laserterapia a scopo fisioterapico

Nel caso di utilizzo di **strutture convenzionate** con la Cooperativa Sociale La Salute ed effettuate da medici convenzionati:

Le spese vengono liquidate direttamente alle strutture dalla cooperativa, lasciando una quota a carico dell'Assistito di € 30,00 per ogni accertamento diagnostico. Tale importo dovrà essere versato dall'assistito alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Assistito dovrà presentare alla struttura la prescrizione contenente la patologia presunta o accertata. Tale rimborso verrà erogato anche nel caso in cui nella provincia di residenza del socio non ci siano Strutture Private Convenzionate.

Nel caso di utilizzo di **strutture non convenzionate**:

Spese rimborsate nella misura del 70% con un minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni accertamento. I primi € 50,00 del costo di ogni prestazione sono sempre a carico dell'assistito (franchigia), il rimborso avviene nella misura del 70% del restante della spesa. Per ottenere il rimborso l'Assistito dovrà allegare alla fattura la prescrizione contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso di **strutture del Servizio Sanitario Nazionale**:

sono rimborsati integralmente i ticket sanitari.

Per il rimborso, è necessario che l'iscritto alleggi alla copia del ticket, la copia della richiesta del medico contenente la patologia presunta o accertata.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 6.000,00 per persona.

Il massimale di € 6.000,00 è condiviso con i seguenti trattamenti:

TRATTAMENTI TERAPEUTICI

E' previsto un contributo di 30,00 € al giorno per un massimo di 90 giorni l'anno per le seguenti terapie, effettuate in Strutture Pubbliche o Private:

- Chemio
- Cobalto
- Dialisi
- Radio

Nota bene:

Gli accertamenti diagnostici che non figurano nell'elenco precedente, saranno rimborsati con un MASSIMALE ANNUALE: € 1.000,00 per persona solo se le prestazioni sono eseguite presso strutture pubbliche in regime di S.S.N. o strutture private convenzionate con le ASL in

regime di S.S.N. ed il ticket è accompagnato dalla richiesta del medico contenente la patologia presunta o accertata. Sono compresi anche i ticket per gli accertamenti diagnostici effettuati durante la gravidanza.

In questo caso i ticket sanitari sono rimborsati integralmente.

4. VISITE SPECIALISTICHE

Si prevede l'assistenza diretta con pagamento alle strutture sanitarie convenzionate delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o ad infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche ed ortodontiche, delle visite omeopatiche, delle visite psichiatriche e psicologiche, delle visite dietologiche, delle visite chiropratiche nonché tutte quelle non previste dalla medicina ufficiale

I documenti di spesa (fatture e ricevute) devono riportare l'indicazione della specializzazione del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata nella richiesta del medico pena il diniego di rimborso.

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate ed effettuate da medici convenzionati:

Le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente alle strutture, lasciando una quota a carico dell'iscritto di € 30,00 per ogni visita specialistica, o di 50,00 € per ogni visita specialistica abbinata ad una o più indagini diagnostiche se comprese nell'elenco precedente, che dovrà essere versata dall'iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

Tale rimborso verrà erogato anche nel caso in cui nella provincia di residenza del socio non ci siano Strutture Private Convenzionate.

Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate:

Non è previsto alcun rimborso.

Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale:

Rimborso integrale dei ticket sanitari.

L'Assistito per ottenere il rimborso dovrà presentare le fatture o ricevute contenenti l'indicazione della specializzazione del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata. Sono compresi anche i ticket per le visite ginecologiche/ostetriche effettuate durante la gravidanza.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 1.000,00 per persona.

5. TICKET PER ESAMI DI LABORATORIO E PRONTO SOCCORSO

La Cooperativa Sociale La Salute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto effettuati nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale per esami di laboratorio, , ticket sanitari di pronto soccorso accompagnati da referto del pronto soccorso e per analisi clinico chimiche effettuati durante la gravidanza.

Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assistito alleggi alla fattura la richiesta del medico contenente la patologia presunta o accertata.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 1.000,00 per persona.

6. PACCHETTO PREVENZIONE ODONTOIATRICO

Intendendo operare con finalità di prevenzione per un'ulteriore tutela della salute, la Cooperativa provvede direttamente al pagamento delle seguenti prestazioni di prevenzione, presso centro convenzionato e previa autorizzazione:

- Ablazione tartaro
- Visita di controllo

Tale prevenzione è usufruibile una volta all'anno e previa autorizzazione da parte della Cooperativa.

Nel caso in cui nella provincia di residenza del socio non ci siano Strutture Private Convenzionate tale rimborso verrà erogato per un massimo di € 50,00 in un'unica soluzione una volta l'anno.

7. ESTENSIONE TERRITORIALE

Le prestazioni valgono per il territorio nazionale come da regolamento

8. CESSAZIONE ASSISTENZA SANITARIA

Qualora cessi il rapporto di lavoro con la Cooperativa la copertura sanitaria prevista dal nostro Piano per i dipendenti cesserà automaticamente.