



FONDO SANITARIO INTEGRATIVO

Piano di Assistenza Sanitaria Integrativa per gli Artigiani Trentini

Anno 2019

www.mutuaartieri.it

LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

OGGETTO DELLE GARANZIE

TUTTE LE GARANZIE SONO OPERANTI IN CASO DI MALATTIA E DI INFORTUNIO AVVENUTO DURANTE IL PERIODO DI COPERTURA DELL'ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

1. *Interventi chirurgici*
2. *Area specialistica pubblica (ticket)*
3. *Area specialistica privata (Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e di laboratorio)*
4. *Protesi ortopediche (solo per piano volontario artigiani titolari e soci)*
5. *Fisioterapia (solo per piano volontario artigiani titolari e soci)*
6. *Assistenza sanitaria domiciliare*
7. *Odontoiatria*
8. *Diaria a seguito infortunio o malattia (solo per piano volontario artigiani titolari e soci)*
9. *Fondo solidarietà (solo per artigiani titolari e soci)*
10. *Sussidio funerario*
11. *Maternità*

Per ottenere le prestazioni ci si rivolge:

- a) al Servizio Sanitario Nazionale;
- b) a strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Mutua;
- c) a strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Mutua.

PERSONE COPERTE DAL PIANO SANITARIO

I sussidi e servizi sono prestati a favore degli aderenti (titolari, soci) all'Associazione Artigiani e Piccole Imprese della provincia di Trento.

Gli iscritti in forma obbligatoria sono il legale rappresentante dell'impresa e i suoi soci.

CONTRIBUTO ASSOCIATIVO

Il contributo associativo annuo, per il **piano sanitario collettivo**, è pari ad € 70,00 per persona e va versato entro il 28 febbraio di ogni anno.

Il contributo associativo annuo, per il **piano sanitario volontario (solo per artigiani)**, è pari a € 100,00 (oltre a € 70,00 del piano collettivo) per persona.

ESTENSIONE per familiari e ex titolari iscritti all'ANAP

Gli aventi diritto possono estendere la copertura sanitaria ai collaboratori familiari, ai familiari conviventi: figli, coniuge o convivente more uxorio. Inoltre si possono estendere le coperture sanitarie ai figli a carico non conviventi.

Possono altresì essere iscritti gli ex associati o ex artigiani iscritti all'ANAP e la loro famiglia.

CONTRIBUTO ASSOCIATIVO

Il contributo associativo annuo per il piano sanitario volontario per familiari è di € 75,00 per persona.

Il contributo associativo annuo per tutti i figli minori fiscalmente a carico è, indipendentemente dal loro numero, di € 75,00.

Il contributo associativo va versato entro il 28 febbraio di ogni anno.

Massimale per i figli minori

Per tutti i figli minori il massimale delle diverse prestazioni è unico ad eccezione dell'ortodonzia.

Esclusioni

Dal piano sanitario per familiari o iscritti ANAP sono escluse la garanzie dei punti 4, 5, 8 e 9, relative al piano volontario e al fondo solidarietà di pertinenza dei soli artigiani.

Carenza

Per i nuovi associati all'Associazione Artigiani e conseguentemente a Mutua Artieri il diritto alle prestazioni avverrà dal momento del pagamento della quota associativa.

Per i nuovi iscritti a Mutua Artieri il diritto alle prestazioni decorrerà trascorsi 90 giorni dal pagamento della quota associativa e comunque non prima del 31 marzo di ogni anno. Per la prestazione dell'odontoiatria e della maternità i nuovi iscritti avranno la copertura dopo un anno dall'iscrizione. Per i vecchi iscritti, che verseranno la quota associativa prima del 28 febbraio di ogni anno, il diritto alle prestazioni decorrerà dal 1° gennaio di ogni anno, mentre per quelli che verseranno dopo il 28 febbraio il diritto alle prestazioni decorrerà trascorsi 90 giorni dal pagamento della quota associativa.

1. Area ospedaliera

1.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico a seguito di malattia o infortunio

In caso di ricovero ospedaliero comportante almeno una notte di degenza, con intervento chirurgico reso necessario da malattia, infortunio o parto, si provvede al rimborso fino alla concorrenza della somma di Euro 40.000,00 per persona e per anno delle spese sostenute per:

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche sostenuti nei **90 giorni** precedenti l'inizio del ricovero per l'intervento chirurgico.

b) Intervento chirurgico

c) Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico nonchè diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi compresi gli apparecchi terapeutici le endoprotesi applicate durante l'intervento.

d) Assistenza medica, medicinali, cure

Assistenza medica ed infermieristica, consulenze medico specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero per l'intervento chirurgico.

e) Post-ricovero

Esami ed accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura od ambulatorio nei **90 giorni** successivi alla cessazione del ricovero, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricovero per l'intervento chirurgico.

f) Retta di degenza

Viene rimborsata la spesa per la retta di degenza e/o ricovero per l'intervento chirurgico.

g) Parto

Vengono rimborsate le spese per parto naturale, cesareo e l'aborto terapeutico.

h) Cure termali

Vengono rimborsate le spese per cure termali rese necessarie dall'intervento chirurgico (escluse le spese alberghiere).

i) Trasporto in ambulanza

Vengono rimborsate le spese per il trasporto in ambulanza, pre o post intervento chirurgico, del socio per il ricovero in Istituto di cura e da questo al domicilio, fino al limite del 5% della somma assicurata.

Massimale lordo assicurato, scoperti e franchigie

Il massimale assicurato per le prestazioni del punto 1.1 è di € 40.000,00 per persona e per anno con l'applicazione di uno scoperto del 20% e un minimo non indennizzabile di € 1.500.

2. Area specialistica pubblica

2.1 Ticket per prestazioni sanitarie

Al socio, nel caso in cui effettui prestazioni sanitarie presso il Servizio sanitario nazionale o presso strutture sanitarie private e liberi professionisti operanti provvisoriamente in accreditamento di convenzione per conto e a carico del Servizio sanitario regionale o Servizio sanitario provinciale, è riconosciuto un sussidio pari al 100% del ticket, dedotta una franchigia di € 5,00 per ogni fattura e la quota ricetta.

In ogni caso, al documento fiscale dovrà essere allegata l'impegnativa del medico.

Sono esclusi i ticket per gli accessi o prestazioni di pronto soccorso.

Il massimale assicurato è pari a € 500,00.

3. Area specialistica privata Visite specialistiche - diagnostica strumentale - esami di laboratorio - cicli di terapie

3.1 Visite specialistiche

Al socio, nel caso effettui visite specialistiche presso strutture sanitarie private o in libera professione intramurale, viene corrisposto un sussidio pari al 50 % della di spesa sostenuta con un massimo di 40,00 (quaranta/00) Euro per ciascuna visita.

Il massimale assicurato è pari a € 500,00.

3.2 Diagnostica strumentale

Al socio, nel caso effettui esami di diagnostica strumentale presso strutture sanitarie private o in libera professione intramurale, viene corrisposto un sussidio pari al 50 % della spesa sostenuta con un massimo di 40,00 (quaranta/00) Euro.

Il massimale assicurato è pari a € 500,00 all'anno per persona.

3.3 Esami di laboratorio

Al socio, nel caso effettuati esami di laboratorio, presso strutture sanitarie private o in libera professione intramurale, viene corrisposto un sussidio pari al 50 % del documento fiscale con un massimo di 40,00 (quaranta/00) Euro.

Il massimale assicurato è pari a € 500,00.

Il sussidio per l'area 2 e per l'area 3, ad esclusione del punto 3.4, prevede un massimale di 1.000,00 (mille/00) Euro nell'anno solare per persona.

3.4 Cicli di terapie

La Mutua provvede al pagamento delle spese per le cure di radioterapia o di chemioterapia effettuate anche tramite il Servizio sanitario nazionale corrispondendo un sussidio di € 25,00 per ogni giorno o seduta di trattamento.

Il massimale assicurato è senza limite.

3.5 Logopedia per minori

La Mutua rimborsa le spese per la logopedia, secondo quanto previsto dal punto 2.1, in caso di ticket del servizio sanitario pubblico, e secondo quanto previsto dal punto 3.1, in caso di prestazioni private.

Esclusioni

I sussidi previsti ai punti 2.1, 3.1, 3.2 e 3.3, non sono concessi per le prestazioni inerenti la Medicina legale, la Medicina dello sport, la Medicina del lavoro, la Medicina estetica, la Medicina olistica, l'Agopuntura, la Chiropratica, l'Iridologia, l'Omeopatia, il rilascio di patenti automobilistiche, nautiche o di volo, brevetti e abilitazioni.

Sono inoltre escluse e quindi non riconosciute, le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina o Chirurgia, nonché visite specialistiche effettuate presso studi odontoiatrici/ortodontici.

4. Protesi ortopediche

Sono rimborsate le spese sostenute per protesi ortopediche, rese necessarie a seguito di intervento chirurgico o infortunio.

Il massimale ammonta a € 1.000,00 all'anno per persona.

5. Fisioterapia

Sono rimborsate le spese sostenute per la fisioterapia, presso il servizio sanitario pubblico (ticket), resa necessaria a seguito di intervento chirurgico o infortunio.

Il massimale ammonta a € 500,00 all'anno per persona.

6. Assistenza domiciliare sanitaria (escluso badante)

Al socio, qualora necessiti di assistenza sanitaria per praticare terapia medica e/o sanitaria specialistica, infermieristica, per medicazioni, mobilizzazioni, prelievi, rilievi dei parametri biologici, è riconosciuto un sussidio orario di € 10,00.

Le spese sostenute dovranno essere documentate ed in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibili alla patologia in atto.

Al socio, affetto da neoplasie maligne, viene riconosciuto un sussidio orario di € 15,00, qualora necessiti di assistenza sanitaria per praticare terapia medica e/o sanitaria specialistica, infermieristica, per medicazioni, mobilizzazioni, prelievi, rilievi dei parametri biologici o di interventi socio-assistenziali praticate negli ultimi sei mesi di vita.

Le spese sostenute dovranno essere documentate ed in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibili alla patologia in atto.

Il massimale ammonta a € 400,00 all'anno per persona.

Solo per il piano sanitario volontario il massimale ammonta a € 1.000,00 all'anno per persona.

7. Odontoiatria

Sono rimborsabili le spese per prestazioni di igiene orale (visita intercettiva e ablazione tartaro), prestazioni odontoiatriche, ortodontiche, o protesi dentali, effettuate presso strutture convenzionate con la Mutua.

Tali prestazioni sono rimborsate a riparto a fine anno, in proporzione alla disponibilità del fondo allo scopo istituito.

L'eventuale residuo resterà disponibile nello specifico fondo del bilancio per gli anni seguenti.

Il sussidio prevede un massimale complessivo di 3.000,00 (tremila/00) Euro sulla spesa sostenuta nell'anno solare per iscritto. Saranno prese in considerazione le spese sostenute superiori a € 65,00. Tali prestazioni saranno rimborsate a riparto a fine anno.

Procedure per accedere ai centri odontoiatrici convenzionati

Per accedere alle prestazioni odontoiatriche in convenzione si dovrà attivare la seguente procedura:

L'avente diritto chiama lo studio odontoiatrico convenzionato con SIARTT e prima di fissare l'appuntamento precisa di essere socio SIARTT. Quando si presenta all'appuntamento presenta la tessera d'iscrizione all'Associazione Artigiani.

Se l'iscritto SIARTT non è in grado di presentare la tessera dell'Associazione Artigiani, perché è un familiare o la tessera non è in suo possesso:

- 1.chiama Mutua Artieri al numero 0461-1920727 dal lunedì al venerdì, comunicando lo studio convenzionato presso il quale intende recarsi così da acquisire l'autorizzazione ad accedere al servizio;
- 2.Mutua Artieri conferma allo Studio convenzionato la regolare posizione dell'avente diritto;
- 3.l'avente diritto fisserà l'appuntamento con lo Studio Odontoiatrico.

Esclusioni.

Sono esclusi gli interventi per correggere i difetti di occlusione e allineamento dentale attraverso apparecchi mobili o fissi.

7.1 Ortodonzia

Gli interventi di ortodonzia, per correggere i difetti di occlusione e allineamento dentale attraverso apparecchi mobili o fissi, garantiscono un massimale di € 200,00 all'anno per persona.

8. Diaria per malattia o infortunio (solo per piano volontario artigiani titolari e soci)

La prestazione è attivata in caso di infortunio o di malattia, dimostrata da certificazione medica o dalla denuncia INAIL con allegato il certificato medico contenente la prognosi. Il periodo di malattia o infortunio deve essere certificato da medico specialista nella patologia in essere o dal proprio medico curante.

Al socio è riconosciuto un rimborso giornaliero massimo di € 100,00 fino a 50 giorni di malattia/infortunio, di € 50,00 dal 51° giorno fino al 100° e di € 25,00 dal 100° al 200° giorno. Il limite mensile massimo è di € 2.000,00.

Ogni aderente al fondo potrà usufruire di un solo rimborso per ogni anno d'esercizio.

In caso di evento si rimborsano i giorni eccedenti il 15° giorno di inattività; la suddetta franchigia non si applica in caso di eventi la cui durata continuativa sia superiore ai 30 giorni, oppure nel caso in cui, nel periodo della durata dell'evento, sia necessario un ricovero ospedaliero continuativo superiore ai tre giorni.

I rimborsi verranno effettuati a fine anno mediante lo strumento del riparto, ossia parametrizzando la disponibilità del fondo allo scopo istituito alle richieste pervenute.

Lo strumento del riparto implica che i rimborsi in ogni caso non superino il totale del fondo e che l'eventuale continuazione della malattia deva essere comunicata a Mutua Artieri al massimo entro 5 giorni lavorativi dalla data della precedente comunicazione.

Sono escluse dalla copertura le prestazioni inerenti malattie preesistenti al momento dell'iscrizione.

Sono inoltre escluse: la gravidanza rischio, le malattie mentali e disturbi psichici in genere, gli interventi chirurgici con finalità estetiche non conseguenti ad incidente, infortunio o intervento chirurgico curativo.

Tale prestazione non è cumulabile con l'intervento del fondo solidarietà.

9. Fondo solidarietà

Il Fondo di Solidarietà è esclusivamente destinato agli artigiani per far fronte, in via mutualistica e sussidiaria, a situazioni di particolare gravità umana ed economica, derivanti da eventi straordinari (morte, inabilità di almeno 3 mesi) che colpiscono familiari ed imprese di iscritti al SIARTT come artigiani.

Il sussidio va richiesto con motivata domanda scritta da parte del familiare con titolo giuridico o dallo stesso artigiano indicativamente entro 3 mesi dell'evento che ha determinato il grave bisogno di sostegno.

L'erogazione dei sussidi connessi al Fondo di Solidarietà è di competenza della Giunta Esecutiva dell'Associazione Artigiani che provvede con atto deliberativo adottato secondo le proprie norme statutarie sulla base delle richieste, adeguatamente istruite e pervenute tramite il Patronato INAPA.

Il singolo sussidio non potrà di norma superare i seguenti importi

Euro 18.000 (diciottomila) per i casi di morte, da corrispondere in 12 rate mensili;

Euro 750 (settecentocinquanta) mensili per ogni mese di inabilità temporanea, da corrispondere all'artigiano che superi i 3 mesi di inattività, per un massimo di 12 rate.

E' fondamentale che in ogni caso il sussidio abbia il valore di leva per consentire il superamento dell'emergenza economica creata dal grave evento.

10. Sussidio funerario

In caso di morte di un iscritto i familiari eredi hanno diritto ad un sussidio di € 500,00.

11. Maternità

In occasione del parto o di adozione le iscritte (titolari o socie di impresa artigiana o familiari iscritte) hanno diritto ad un assegno di € 300,00, per ogni figlio nato o adottato.

CONDIZIONI GENERALI DELLE GARANZIE 1-2-3-4-5-6-7-8-10-11

1. Non è richiesta la compilazione di questionario sanitario
2. Estensione territoriale: mondo intero
3. Sono sempre esclusi:
 - Le malattie pre-esistenti e gli interventi chirurgici programmati al momento del pagamento del contributo associativo; nonché quelli aventi finalità estetiche non conseguenti ad incidente, infortunio o intervento chirurgico curativo.
 - La cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
 - Le prestazioni mediche aventi finalità estetiche;
 - Il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, anfetamine e simili;
 - Gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento, salvo che si tratti di corse podistiche, gare bocciofile, pesca non subacquea, tiro a segno, tiro a volo e simili, scherma e tennis;
 - Gli infortuni causati da azioni dolose/criminali compiute dall'assicurato, esporsi deliberatamente a pericoli eccezionali (salvo in caso di solidarietà umana);
 - Le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
 - Le conseguenze di guerra, guerre civili, invasione, insurrezioni, rivolte, atti di pirateria e sabotaggio, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

NORME DI CARATTERE GENERALE

DOMANDA RICHIESTA DI RIMBORSO

I rimborsi vanno richiesti, di norma, in corso d'anno entro 60 giorni dalla data della fattura e comunque entro il 31 gennaio dell'anno successivo. Per le modalità vedi il sito www.mutuaartieri.it

DOCUMENTI DA ALLEGARE

DOCUMENTI DA ALLEGARE PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE MEDICHE:

- 1) Modello di richiesta rimborso debitamente compilato in ogni sua parte (anagrafica Socio e codice Iban Socio) e firmato.
- 2) Nel caso in cui la richiesta sia per un figlio minore fiscalmente a carico sottoscrivere la specifica autodichiarazione presente sul modulo di richiesta rimborso.
- 3) Notule di spesa in originale, riportanti la tipologia di prestazione eseguita.
- 4) Copia del versamento all'Inail della quota associativa (solo per chi ha versato la quota associativa attraverso INAIL).

Qualora la fattura sia unica, e riferita a più prestazioni, si richiede specifica numero prestazioni ed importi parziali delle stesse.

Documentazione medica da allegare (anche in fotocopia):

- a) in caso di prestazione attraverso il Servizio Sanitario Pubblico: la ricevuta del ticket pagato e l'impegnativa del medico;
- b) in caso di prestazione privata: copia prescrizione medica, oppure certificato emesso dallo specialista contestualmente all'emissione della fattura, attestante patologia e/o sospetto diagnostico che ha reso necessaria la prestazione medica specialistica.