

NOMENCLATORE SANI-FONDS 2019

Tutte le prestazioni, salvo ove espressamente previsto, sono garantite al titolare della copertura assicurativa, al relativo coniuge fiscalmente a carico ed ai figli minori di età compresa tra zero e 12 mesi.

Quando il massimale è indicato come operante a nucleo, il nucleo si intende composto da titolare della copertura assicurativa, dal relativo coniuge fiscalmente a carico e dai figli minori di età compresa tra zero e 12 mesi.

In caso di estensione volontaria della copertura assicurativa anche in favore di altri familiari¹, ai familiari paganti, si applica il presente Nomenclatore, con autonomo massimale a nucleo rispetto a quello applicato al titolare, coniuge fiscalmente a carico e figlio minore di età compresa tra zero e 12 mesi.

Si specifica che qualora il rimborso di una prestazione sia limitato ad uno numero massimo di fruizioni *all'anno*, con "anno" si intende l'anno assicurativo, ovvero il periodo dal 1° agosto fino al 31 luglio di ogni anno.

A. AREA RICOVERO

A.1 Ricovero

È prevista un'indennità giornaliera per qualsiasi tipologia di ricovero a seguito di malattia o infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto (ricovero ordinario o diurno – day hospital/day surgery), inclusi anche eventuali degenze per assistenza post-acuta (riabilitazione - lungodegenza) o degenze presso posti letto temporanei di transito o posti letto per lo svolgimento dell'attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS). Tale indennità deve intendersi finalizzata alla copertura di tutte le spese sostenute dall'assicurato nel corso del ricovero comprese quelle relative a retta di degenza ed accompagnatore con la sola esclusione di quanto previsto dal successivo paragrafo (pre e post-ricovero).

Il rimborso viene erogato sia in caso di ricovero presso strutture private, che presso strutture pubbliche.

L'assicurato avrà diritto ad un'indennità di € 60,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 30 giorni.

Pre- e Post-ricovero

Il Piano rimborsa le spese per tutti gli esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche sostenute nei 120 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi il ricovero, purché collegate alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricovero stesso. Sono compresi le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici, rieducativi (logopedia ed ergoterapia) effettuate nei 120 giorni successivi il ricovero.

Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti purché collegate alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricovero stesso (fino ad un massimo di copertura terapeutica di 120 giorni successivi la data di dimissione dalla clinica o presidio ospedaliero).

¹ Familiari paganti: coniuge non fiscalmente a carico o convivente more uxorio, figli minorenni con età superiore ai 12 mesi, figli maggiorenni fiscalmente a carico fino al compimento del ventiseiesimo anno di età, figli maggiorenni fiscalmente a carico con invalidità permanentemente non inferiore a due terzi senza limiti di età.

La presente garanzia opera sia per prestazioni effettuate in S.S.N., che presso strutture o professionisti privati (anche in libera professione intramoenia).

La disponibilità annua per la garanzia di pre/post ricovero è di € 600,00 a nucleo.

Documentazione richiesta:

- Domanda di rimborso (>>Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie) compilata in ogni parte
- Fatture o ricevute delle spese sostenute
- Scheda di dimissioni ospedaliera (per ricoveri inferiori ai 3 giorni)
- Cartella clinica completa (per ricoveri superiori ai 3 giorni)
- Verbale del pronto soccorso (se presente)

B. AREA AMBULATORIALE SETTORE PUBBLICO (SSN – SSP)

prestazioni erogate da strutture del servizio sanitario nazionale / provinciale o convenzionate con lo stesso

Per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale (incluso day service, pronto soccorso, chirurgia ambulatoriale, odontoiatria, ...), erogate da strutture pubbliche e/o private convenzionate con il servizio sanitario provinciale o nazionale vengono rimborsati tutti i ticket sanitari.

Si precisa che sarà sufficiente presentare la ricevuta comprovante il pagamento del ticket sanitario e non è richiesta fotocopia dell'impegnativa o del promemoria per prescrizioni dematerializzate. Si chiarisce che per visite o prestazioni si intendono tutte quelle previste dal nomenclatore di specialistica ambulatoriale provinciale o in vigore nelle diverse realtà regionali incluse nei Livelli di Assistenza. Anche in caso di accesso in Pronto soccorso è sufficiente presentare la documentazione che ne documenta il pagamento del ticket sanitario per richiederne il rimborso, senza necessità di presentare copia del verbale di accesso in Pronto soccorso.

L'elenco delle strutture private convenzionate in Alto Adige è costantemente aggiornato sul sito dell'Azienda sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano al seguente link: <http://www.asdaa.it/it/amministrazione-trasparente/strutture-sanitarie-private-accreditate-convenzionate.asp>)

Il massimale annuo è illimitato.

Documentazione richiesta:

- Domanda di rimborso (>>Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie) compilata in ogni parte
- Ticket delle spese sostenute (nel caso di rimborso di Ticket per accesso al Pronto Soccorso, non è necessario allegare il verbale del Pronto Soccorso)

C. AREA AMBULATORIALE SETTORE PRIVATO

prestazioni erogate da professionisti o strutture private non convenzionate con il Servizio sanitario nazionale/provinciale (inclusa la libera professione in intramoenia)

C.1. VISITE SPECIALISTICHE PRIVATE EFFETTUATE AL DI FUORI DEL RICOVERO

C.1 Visite specialistiche private effettuate al di fuori del ricovero (incluse prestazioni erogate da medici in libera professione in intramoenia) ma escluse prestazioni di psicologia e psichiatria

Il Piano sanitario riconosce le prestazioni di visita specialistica contenute nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale della Provincia autonoma di Bolzano

È richiesta la prescrizione del medico (ricetta o promemoria in caso di dematerializzata), contenente il sospetto diagnostico (la patologia presunta) o la patologia accertata e i relativi documenti di spesa (fatture o ricevute).

Il piano rimborsa le spese sostenute per il 60% dell'importo sostenuto per tali prestazioni indicato nella relativa fattura/ricevuta.

La disponibilità annua per le garanzie di cui al presente punto è di € 700,00 a nucleo.

Documentazione richiesta:

- Domanda di rimborso (>>Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie) compilata in ogni parte
- Fatture o ricevute delle spese sostenute
- Prescrizione o referto medico con indicazione della patologia/diagnosi

C.2 Chirurgia ambulatoriale settore privato

(incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

Il Piano sanitario prevede il pagamento delle spese sostenute per prestazioni sanitarie di chirurgia ambulatoriale.

Per chirurgia ambulatoriale si intende un setting assistenziale, alternativo al day surgery, all'interno del quale vengono erogate interventi chirurgici e procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive, effettuabili con tecniche anestesilogiche che non necessitano di ricovero, ma eventualmente solo di un breve periodo di osservazione post-intervento, al termine del quale il paziente può tornare al proprio domicilio, eventualmente anche con accompagnamento se necessario.

A mero titolo esemplificativo, sono da considerarsi prestazioni erogabili nell'ambito della chirurgia ambulatoriale, gli interventi per patologie venose, interventi sulla mano (dito a scatto, tunnel carpale, sindrome di Dupuytren, ...), sul piede (alluce valgo, morbo di Norton) o al ginocchio (artroscopia).

Il Piano sanitario rimborsa tutte le spese sostenute dall'assicurato per prestazioni di chirurgia ambulatoriale con l'applicazione di una franchigia a carico dell'assicurato (minimo non indennizzabile) pari a € 250,00.

La disponibilità annua per le garanzie di cui al presente punto è di € 1.000,00 a nucleo e per una sola prestazione all'anno.

Documentazione richiesta:

- Domanda di rimborso (>>Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie) compilata in ogni parte
- Fatture o ricevute delle spese sostenute

- Relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate con eventuale referto istologico (se eseguito)

C.3 Radiologia, laboratorio analisi e prestazioni terapeutiche

erogate da privati effettuate al di fuori del ricovero (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

C.3.1 Prestazioni di diagnostica strumentale

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese sostenute (a titolo di ricevute o fatture emesse da professionisti o strutture in regime privato o libera professione intramurale) per le prestazioni di diagnostica strumentale eseguite indipendentemente dal ricovero e indicate nel nomenclatore provinciale di specialistica ambulatoriale in vigore in Provincia Autonoma di Bolzano (<http://www.provincia.bz.it/sanita/personale-sanitario/delibere-tariffario.asp>), versione vigente.

Il piano rimborsa le spese sostenute per il 60% dell'importo sostenuto per tali prestazioni indicato nella relativa fattura/ricevuta.

Documentazione richiesta:

- Domanda di rimborso (>>Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie) compilata in ogni parte
- Fatture o ricevute delle spese sostenute
- Prescrizione o referto medico con indicazione della patologia/diagnosi

C.3.2 Prestazioni di laboratorio analisi

Il Piano sanitario prevede il pagamento delle spese sostenute (sia a titolo di ticket che di ricevute o fatture emesse da professionisti o strutture in regime privato o libera professione intramurale) per tutte le prestazioni di diagnostica di laboratorio eseguite indipendentemente dal ricovero e indicate nel nomenclatore provinciale di specialistica ambulatoriale in vigore in Provincia Autonoma di Bolzano (<http://www.provincia.bz.it/sanita/personale-sanitario/delibere-tariffario.asp>), versione vigente.

Il piano rimborsa le spese sostenute per il 60% dell'importo sostenuto per tali prestazioni indicato nella relativa fattura/ricevuta.

Documentazione richiesta:

- Domanda di rimborso (>>Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie) compilata in ogni parte
- Fatture o ricevute delle spese sostenute
- Prescrizione o referto medico con indicazione della patologia/diagnosi

C.3.3 Prestazioni terapeutiche

Il Piano sanitario prevede il pagamento delle spese sostenute (ricevute o fatture emesse da professionisti o strutture in regime privato non convenzionate o libera professione intramurale) per le prestazioni terapeutiche di seguito elencate:

- Terapia del dolore (infiltrazioni varie sia articolari che non, incluso il prezzo del farmaco, compresa la mesoterapia)
- Percorsi diagnostico-terapeutici in caso di sterilità
- Prestazioni di medicina complementare

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica, contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa qualora erogata da struttura privata o professionisti privati.

Il piano rimborsa le spese sostenute per il 60% dell'importo sostenuto per tali prestazioni indicato nella relativa fattura/ricevuta.

La disponibilità annua per le garanzie relative a prestazioni di diagnostica strumentale, laboratorio analisi e prestazioni terapeutiche (C.3.1, C.3.2 e C.3.3) è complessivamente di € 1.000,00 a nucleo.

Documentazione richiesta:

- Domanda di rimborso (>>Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie) compilata in ogni parte
- Fatture o ricevute delle spese sostenute
- Prescrizione o referto medico con indicazione della patologia/diagnosi

C.4 Fisioterapia, riabilitazione ambulatoriale (incluse prestazioni correlate) e cure termali (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

Vengono rimborsate le spese sostenute dall'assicurato per prestazioni di fisioterapia, riabilitazione a fronte di prescrizione medica/promemoria in caso di dematerializzata contenenti una delle seguenti patologie nel campo previsto per il sospetto diagnostico o patologia accertata:

- Ictus cerebrale
- patologie cardiologiche croniche (ad es. scompenso cardiaco)
- Infarto miocardio acuto
- Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)
- Sclerosi Multipla
- Morbo di Parkinson
- Demenza (Alzheimer)
- Trattamenti post operatori la cui erogazione avviene successivamente ai 120 giorni previsti per le prestazioni post ricovero, previsti nella sezione "A1 ricovero".
- Patologie afferenti all'apparato osteomuscolare
 - Piede: Piede equino varo-addotto supinato cavo; Piede calcaneare; Piede addotto; Piede cavo; Piede equino; Piede cadente; Piede valgo trasverso-piatto con diastasi degli spazi tra le teste delle ossa metatarsali in età pediatrica; Piede piatto valgo dell'adulto; Piede piatto; Alluce valgo; Dito a martello/ad artiglio; Quinto dito varo iperaddotto;
 - Ginocchio: Lussazione della rotula; Condropatia rotulea; Lesioni del menisco; Lesioni dei legamenti del ginocchio; Cisti di Baker/Cisti poplitea; Osteocondrite dissecante; Ginocchio valgo/varo; Ginocchio recurvato; Gonartrosi;
 - Anca: Periartrite della coxa (sindrome del tensore della fascia lata); Coxa saltans (anca a scatto); Displasia e lussazione congenita dell'anca; Morbo di Perthes; Epifisiolisi della testa del femore; Coxa vara congenita; Coxartrosi; Necrosi della testa del femore nell'adulto;

- Mano: Encondroma; Gangli; Malattia dell'osso semilunare; Rizartriosi; Pseudoartrosi del navicolare; Sindattilia; Tendinosi, enteropatie, tendinopatie; Tendinovagnite di de Quervain
- Dito a scatto; pollice a scatto; Sindrome del tunnel carpale; Morbo di Dupuytren
- Gomito: Gomito Valgo/varo; Artrosi del gomito; Borsite olecranica; Lussazione del gomito; Epicondilite
- Spalla: Malattie degenerative del cingolo scapolo-omerale; Tendinite calcifica, borsite subacromiale; Thoracic outlet syndrome; Lussazione postraumatica della spalla; Lussazione abituale della spalla; Rottura della cuffia dei rotatori; Artrosi del cingolo scapolare;
- Colonna vertebrale: Dorso piatto, curvo, curvo-cavo; Scoliosi; Patologie degenerative del rachide lombare; Lombalgie; Dorsalgie; Sindrome cervicale; Ernia del disco; Blocco articolare; Morbo di Scheuermann; Spondilisi, spondilolistesi; Osteoporosi; Osteomalacia; Tumori della colonna
- Miopatie: Distrofia muscolare progressiva; Miopatie infiammatorie; Miastenia; Miotonie
- Malattie reumatologiche:
 - Poliartrite cronica o artrite reumatoide;
 - Morbo di Bechterew
- Malattie bronco-polmonari croniche:
 - bronco pneumopatie ostruttive;
 - bronco pneumopatie restrittive;
 - embolia polmonare;
 - polmonite;
 - asma bronchiale;
- Gravi lesioni a seguito di infortunio extralavorativo con che comporti un grado di invalidità maggiore a 40%

Sono inoltre coperte dal presente Piano assicurativo anche eventuali prestazioni sanitarie correlate ai trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi ed alla cura della patologia.

Il piano rimborsa le spese sostenute per il 60% dell'importo sostenuto per tali prestazioni indicato nella relativa fattura/ricevuta.

Nel caso siano necessarie cure termali le rispettive spese saranno liquidate con le seguenti modalità:

- Rimborso delle spese sostenute, per le prestazioni erogate in strutture sanitarie private non convenzionate o effettuate da personale non convenzionato, per 50% della relativa fattura/ricevuta.
- Le prestazioni sono liquidabili sempreché siano prescritte da medico. Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, hotel, centri benessere.

La disponibilità annua per le garanzie presenti ai punti C.4 è di € 800,00 a nucleo.

Documentazione richiesta:

- Domanda di rimborso (>>Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie) compilata in ogni parte
- Fatture o ricevute delle spese sostenute
- Verbale del pronto soccorso (se presente)
- Prescrizione medica con indicazione della patologia/diagnosi
- Indicazione del titolo medico del soggetto presso cui sono state effettuate le sedute di fisioterapia (che dovrà risultare abilitato in fisioterapia)
- Nel caso di molteplici sedute di fisioterapia, indicare nella fattura il numero delle stesse e le date in cui sono state effettuate

C.5 Oculistica

(incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

C.5.1 Visite oculistiche e lenti (per occhiali/a contatto)

Ogni due anni vengono rimborsate/liquidate all'assicurato le spese sostenute per lenti correttive per occhiali nel limite di € 150,00 per nucleo presentando debita documentazione di variazione delle diottrie.

Per l'attivazione è necessaria presentare la relativa fattura emessa da ottico oppure un oculista oppure un oculista/optometrista.

Per coloro che utilizzano le lenti a contatto il piano rimborsa annualmente fino a un massimo di 50 euro annuo.

Per quanto riguarda le spese sostenute per visite oculistiche valgono le garanzie rimborsuali indicate nel punto C.1 Visite specialistiche private effettuate al di fuori del ricovero e nel capitolo B per le prestazioni erogate da strutture del servizio sanitario.

Documentazione richiesta:

- Domanda di rimborso (>>Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie) compilata in ogni parte
- Fatture o ricevute delle spese sostenute emesse da un ottico, oppure da un oculista oppure da un ottico/optometrista. Nella fattura / ricevuta il prezzo delle lenti e della montatura deve essere scomposto. Dalla documentazione deve emergere che si tratta di occhiali da vista / devono essere indicate le diottrie.

C.5.2 Chirurgia refrattiva

Qualora l'assicurato si sottoponga a intervento di chirurgia refrattiva per la correzione di vizi di rifrazione (per esempio miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia) documentati (maggiori o uguale a) ≥ 2 diottrie il piano rimborsa una quota massima di € 750,00 per occhio.

La garanzia è operante per un intervento a nucleo a biennio.

Vengono rimborsate totalmente le spese sostenute dall'assicurato per prestazioni erogate nella misura del 75% della relativa fattura/ricevuta di pagamento.

Il piano assicurativo esclude future richieste di rimborso di cui al punto C.5.1 a partire dalla data dell'intervento.

Documentazione richiesta:

- Domanda di rimborso (>>Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie) compilata in ogni parte
- Fatture, notule, ricevute, ticket delle spese sostenute: in questi documenti deve emergere espressamente che si tratta di un intervento di chirurgia refrattiva e deve essere riportata la patologia per la quale si esegue l'intervento
- Documento attestante il cambio del visus prima e dopo l'intervento (maggiore o uguale a 2), rilasciato dal medico oculista che ha effettuato l'operazione

C.6 Odontoiatria: prestazioni erogate da privati (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

Il Piano sanitario riconosce all'assistito un rimborso massimo pari al valore previsto dal Tariffario Odontoiatrico indicato di seguito

C.6.1. prestazioni odontoiatriche di prevenzione

IGIENE ORALE E PARADONTOLOGIA		
* La levigatura delle radici sono concedibili una volta l'anno salvo se propedeutiche ad intervento di chirurgia paradontale. Non vengono riconosciute altre prestazioni paradontali sullo stesso dente se non é trascorso almeno 1 anno dalla precedente contribuzione ** La tariffa non va conteggiata per elemento ma si riferisce all'intera prestazione	Sanifond rimborsa fino a un massimo di	Frequenza di rimborsi Sanifond
Ablazione tartaro	35,00	1 volta l'anno
Prima visita odontoiatrica	35,00	1 volta l'anno
Levigatura delle radici e/o courettage gengivale (per 6 denti) *	40,00	1 volta l'anno
Splintaggio per dente	25,00	1 volta l'anno
Chirurgia regenerativa compreso osso eterologo e/o membrane - per 6 denti **	200,00	1 volta l'anno
Chirurgia resettiva, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo e sutura) - per 6 denti	200,00	1 volta l'anno
Chirurgia mucogengivale per uno o piú denti e/o abbassamento di fornice (per arcata) sutura inclusa e anestesia	200,00	1 volta l'anno
Lembi o innesti liberi o peduncolati inclusa sutura e anestesia **	60,00	1 volta l'anno
DIAGNOSTICA	Si rimborsa fino a un massimo di	Frequenza di rimborsi Sanifond
Radiografia endoorale	15,00	1 volta l'anno
Panoramica	40,00	1 volta ogni 2 anni
CBCT	90,00	1 volta ogni 2 anni

CONSERVATIVA	
Qualora per un elemento dentale sia stato erogato un contributo per trattamenti conservativi e/o endodontici, non sono erogabili per lo stesso elemento dentale nuovi contributi per trattamenti conservativi e/o endodontici se non trascorsi almeno due anni dalla precedente contribuzione misurati dalla data della prima	Si rimborsa fino a un massimo di
Cavitá di 5' classe di Black	50,00
Cavitá di 1' classe di Black	50,00
Cavitá di 2' classe di Black	70,00
Cavitá di 3' classe di Black	70,00
Cavitá di 4' classe di Black	70,00
Ricostruzione di dente con ancoraggio a vite o perno ad elemento	60,00
Terapia canalare in dente monoradicolato (comprese radiografie)	75,00
Terapia canalare in dente biradicolato (comprese radiografie)	85,00
Terapia canalare in dente tri- o pluriradicolato (comprese radiografie)	100,00
Ritrattamento canalare	150,00

La disponibilità annua per le garanzie contenute nel presente punto C.6.1 è illimitata.

C.6.2. Prestazioni di chirurgia odontoiatrica

CHIRURGIA	Si rimborsa fino a un massimo di
Estrazione di dente o radice	50,00
Estrazione di dente in soggetto sottoposto a sedazione cosciente per dente	80,00
Estrazione di dente o radice in totale inclusione ossea	90,00
Estrazione di dente da latte	15,00

IMPLANTOLOGIA	
<p>Il prezzo va conteggiato per ogni singolo elemento. I contributi erogati sono comprensivi di: primo intervento preoperatorio, porta impronte individuali, presa d'impronta, struttura provvisoria, secondo intervento, posizionamento della struttura, struttura definitiva, corone provvisorie applicate all'impianto portante. In caso di erogazione di un contributo, devono trascorrere almeno 5 anni dal precedente trattamento implantologico sul medesimo elemento.</p>	Si rimborsa fino a un massimo di
Impianto osteointegrato (qualsiasi tipologia) per elemento	750,00
Intervento di rialzo del seno mascellare	350,00
Ampliamento orizzontale e/o verticale di cresta alveolare (qualsiasi tecnica) a quadrante	350,00
Prelievo di osso autologo intraorale ed innesto e/o inserimento di qualsiasi materiale da innesto - intervento ambulatoriale - per emiarcata	50,00
Mini impianti compresi attacchi di precisione	400,00

C.6.3. Protesica

Il Piano prevede un rimborso per prestazioni protesiche odontoiatriche sia in caso di infortunio che in sua assenza, ma con tariffari differenziati.

PROTESICA	In caso di infortunio il Fondo rimborsa fino a un massimo di	In assenza di infortunio il Piano rimborsa fino a un massimo di
Protesi parziale definitiva rimovibile (almeno 4 denti, compresi ganci ed elementi)	225,00	150,00
Protesi parziale provvisoria rimovibile (fino a 4 denti, compresi ganci ed elementi)	225,00	80,00
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina o ceramica	625,00	300,00
Protesi totale immediata (per arcata)	250,00	100,00
Singolo attacco di semiprecisione/precisione Inp	75,00	50,00
Apparecchio scheletrato (struttura Inp o Ip, comprensivi di elementi - per arcata)	650,00	300,00
Riparazione di protesi rimovibile	25,00	25,00
Corona protesica in LNP e ceramica	225,00	150,00
Corona protesica in LP o ceramica integrale o zirconia monolitica o stratificata	250,00	100,00
Corona protesica provvisoria semplice in resina	37,50	25,00
Perno - moncone e/o ricostruzione	70,00	50,00
riparazione della protesi	25,00	25,00
Aggiunta elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato	25,00	25,00
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo)	75,00	75,00
Corona fusa LP o LP e faccette in resina o LP e faccette in resina fresata (per elemento)	200,00	130,00
Corona provvisoria armata (LNP o LP - per elemento)	62,50	40,00
Corona provvisoria in resina - indiretta (per elemento)	60,00	40,00
Ricostruzione moncone in materiale composito (per elemento)	47,50	40,00
Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte	15,00	15,00
Perio - overdenture per arcata esclusi i perni	625,00	300,00
Corone telescopiche ad elemento	225,00	150,00

Per l'attivazione della presente garanzia in condizioni di infortunio è necessario presentare oltre ai documenti di spesa un verbale di Pronto soccorso.

La disponibilità annua per le garanzie contenute al punto C.6.2 e C.6.3 è complessivamente pari a € 2.000,00 a nucleo.

Documentazione richiesta:

- Domanda di rimborso (>>Modulo: Domanda di rimborso spese odontoiatriche) compilata in ogni parte: la prima parte deve essere compilata dall'assicurato, la seconda parte deve essere necessariamente compilata dal dentista, il quale dovrà apporvi la propria firma e il proprio timbro.
- Fatture o ricevute, anche d'acconto, delle spese sostenute con marca da bollo (dove prevista).

C.8 Tutela della salute di genere

(valido per il solo titolare della copertura assicurativa e sono incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

C.8.1 Ginecologia: prestazioni erogate da privati (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

Il Piano sanitario prevede una volta all'anno il rimborso, senza applicazione di alcuno scoperto/franchigia a carico dell'assistito, le spese sostenute per le seguenti prestazioni (anche se erogate non contestualmente o se erogate singolarmente):

- a) Visita ginecologica
- b) es. citologico cervico vaginale [pap test] e/o test DNA per HPV
- c) Ecografia ginecologia o transvaginale di routine escluse le ecografie ostetriche

Documentazione richiesta:

- Domanda di rimborso (>>Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie) compilata in ogni parte
- Fatture o ricevute delle spese sostenute

C.8.2 Prevenzione tumori al seno per lavoratrici che rientrano nel decennio anagrafico 40-50 anni: (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

Il Piano sanitario prevede il rimborso totale di prestazioni di mammografia ed ecografia senologica una volta ogni tre anni per titolari di copertura assicurativa con età anagrafica tra i 40 e i 50 anni.

Il Piano sanitario prevede il rimborso di tutte le eventuali compartecipazioni alla spesa dovuta al Servizio Sanitario così come disciplinato dal capitolo B AREA AMBULATORIALE SETTORE PUBBLICO.

Documentazione richiesta:

- Domanda di rimborso (>>Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie) compilata in ogni parte
- Fatture o ricevute delle spese sostenute

C.8.3 Prevenzione e cura tumori organi sessuali maschili a decorrere dal 45' mo anno di età anagrafica: (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

È previsto, a decorrere dal 45-esimo anno di età, il rimborso annuo delle spese per una o più delle seguenti prestazioni:

- a) Visita specialistica urologica
- b) Ecografia dell'apparato sessuale
- c) Cistoscopia
- d) Flussometria
- e) PSA

Vanno rispettate le seguenti modalità di rimborso:

Tali prestazioni del presente paragrafo lettera a) ed e)-sono liquidate al 100%, senza applicazione di alcuno scoperto e/o franchigia a carico dell'assistito.

Le prestazioni del presente paragrafo lettere b), c), d) sono rimborsate lasciando a carico dell'assistito una franchigia pari ad € 20,00 per ricevuta/fattura.

Si rimborsano inoltre le spese sostenute dai pazienti per farmaci con ipertrofia prostatica: sarà sufficiente presentare lo scontrino parlante della farmacia con documentazione clinica che attesti la diagnosi di ipertrofia prostatica.

Qualora l'assistito si sottoponga a interventi chirurgici alla prostata a pagamento sia per finalità benigne che maligne, il Piano rimborsa le relative fatture emesse da strutture o professionisti privati nella misura del 60% della relativa fattura/ricevuta attestante l'intervento alla prostata, anche se erogato presso strutture/professionisti extraprovinciali.

Documentazione richiesta:

- Domanda di rimborso (>>Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie) compilata in ogni parte
- Fatture o ricevute delle spese sostenute

C.8.4 Patologie andrologiche: (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

È previsto il rimborso una volta ogni tre anni delle spese sostenute per una visita andrologica.

Documentazione richiesta:

- Domanda di rimborso (>>Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie) compilata in ogni parte
- Fatture o ricevute delle spese sostenute

La disponibilità annua per le garanzie contenute al punto C.8 è pari a € 4.000,00 per il titolare della copertura assicurativa.

C.8.5 Percorso maternità: (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

Il Piano sanitario prevede il rimborso di tutte le eventuali compartecipazione alla spesa dovuta al Servizio Sanitario così come disciplinato dal capitolo B AREA AMBULATORIALE SETTORE PUBBLICO.

Durante il periodo di gravidanza viene riconosciuto un rimborso pari al 60% della spesa sostenuta per una o più delle seguenti prestazioni sanitarie erogate in regime privato e correlate allo stato di gravidanza:

- a) Visite di controllo ostetrico ginecologiche (fino a un massimo di n.5)
- b) Controlli ostetrici
- c) Ecografie (fino a un massimo di n.4 per percorso)
- d) Analisi di laboratorio clinico e accertamenti diagnostici, inclusi esami di alta diagnostica e alta specializzazione quali amniocentesi, villocentesi ed altri esami ritenuti necessari dal medico ginecologico/ostetrico e recepiti dal nomenclatore del Servizio Sanitario Provinciale altoatesino
- e) Indagini genetiche

Oltre a tali prestazioni il Piano rimborsa inoltre nella misura del 60% della spesa sostenuta prestazioni di riabilitazione post-partum: ginnastica post partum di riabilitazione del pavimento pelvico

Documentazione richiesta:

- Domanda di rimborso (>>Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie) compilata in ogni parte
- Fatture o ricevute delle spese sostenute

C.9 Prevenzione e cura tumori della pelle per lavoratrici/tori che rientrano nel periodo di età anagrafica tra i 35 e i 65 anni, oltre a cura di malattie psoriatriche e dermatiti atopiche (valido per il solo titolare della copertura assicurativa e sono incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

È previsto il rimborso ogni due anni delle spese sostenute per visita dermatologica per gli assistiti che rientrano nella fascia di età 35-65 anni.

Il Piano sanitario rimborsa il 60% dell'importo della relativa fattura/ricevuta.

Per pazienti affetti da psoriasi medio/grave (PASI \geq 10) e per dermatiti atopiche gravi, indipendentemente dall'età anagrafica, si prevede:

- una quota di rimborso delle spese alberghiere per soggiorni termali (per un importo di € 40 al giorno fino a un massimo di 7 giorni)
- il rimborso delle spese sostenute per fototerapie (PUVA, e baleno PUVA) sarà effettuato nella misura del 100% senza applicazione di alcuna franchigia

La disponibilità annua per tale garanzia è di 1.000 Euro.

Documentazione richiesta:

- Domanda di rimborso (>>Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie) compilata in ogni parte
- Fatture o ricevute delle spese sostenute

D. DISPOSITIVI - PRESIDI

D.1 Dispositivi ortopedici e protesi acustiche

Sono rimborsate totalmente le spese per l'acquisto o il noleggio di protesi acustiche, previa presentazione di copia di debita prescrizione.

Sono rimborsate invece nella misura del 60% le spese per l'acquisto o il noleggio di protesi ortopediche, sempre previa presentazione di copia di debita prescrizione.

Inoltre si prevede un contributo, alle medesime condizioni sopra individuate, per l'acquisto in caso di necessità clinica documentata di uno dei seguenti dispositivi medici:

- busto C35 - busto steccato - tutori articolari.

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

Documentazione richiesta:

- Domanda di rimborso (>>Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie) compilata in ogni parte
- Fatture o ricevute delle spese sostenute
- Relazione del medico che contenga la prescrizione del dispositivo/presidio e la patologia

D.2 Dispositivi per malattie croniche (diabete)

Sono rimborsate le spese per l'acquisto di dispositivi (lettore e sensori) innovativi di monitoraggio continuo del glucosio non ancora prescrivibili a carico del Servizio Sanitario Provinciale nella misura del 80%.

La disponibilità annua per la presente garanzia é di € 300,00 a nucleo.

Documentazione richiesta:

- Domanda di rimborso (>>Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie) compilata in ogni parte
- Fatture o ricevute delle spese sostenute
- Relazione del medico che contenga la prescrizione del dispositivo e la patologia

E. ASSISTENZA SANITARIA ALL'ESTERO

E.1 Assistenza sanitaria transfrontaliera

In applicazione della direttiva europea 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera erogata in uno dei paesi dell'Unione Europea e presso Lichtenstein, Islanda, Norvegia, l'Azienda sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano sostiene una quota dei costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera.

Il Piano rimborsa la differenza tra le spese sostenute per l'assistenza all'estero ed il rimborso ottenuto tramite l'ente provinciale.

È richiesta la seguente documentazione: documento dell'Azienda sanitaria attestante il valore rimborsato e documentazione dei relativi costi sostenuti all'estero

E.2 Assistenza sanitaria indiretta

I cittadini iscritti al Servizio Sanitario Provinciale, che si recano nei Paesi al di fuori dell'Unione Europea e in cui non vigono accordi bilaterali in materia di assistenza sanitaria

(http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=Assistenza%20sanitaria&menu=paesi), possono usufruire della garanzia dell'assistenza sanitaria in forma indiretta: anticipare le spese e presentare la domanda di rimborso l'Azienda sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano.

Il Piano rimborsa la differenza tra le spese sostenute per l'assistenza all'estero ed il rimborso ottenuto tramite l'ente provinciale.

È richiesta la seguente documentazione: documento dell'Azienda sanitaria attestante il valore rimborsato e documentazione dei relativi costi sostenuti all'estero.

F. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA (garanzia valida per il solo titolare)

La Società garantisce l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita mensilmente all'Assicurato quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza.

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

1. Avere a decorrere dal 01 agosto 2019 bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti ordinari della vita di seguito indicati:
 - a) spostarsi;
 - b) lavarsi;
 - c) vestirsi;
 - d) nutrirsi.
2. Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%;
3. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie 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) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.

Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute non venga giudicato "consolidato" e che si trovi temporaneamente nell'impossibilità fisica di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- 1) soddisfare la propria igiene personale (La capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo).
- 2) nutrirsi (la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire).
- 3) spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio).
- 4) vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente).

e necessiti temporaneamente ma in modo costante:

- 5) dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
- 6) di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di ricovero.

Non verranno pertanto considerati in copertura gli eventi/sinistri tali da dare origine ad uno stato di non autosufficienza consolidata.

La somma mensile garantita corrisponde a € 500,00 da corrispondersi per una durata massima di 3 anni.

Operatività della garanzia

La garanzia vale esclusivamente per il lavoratore dipendente iscritto a SANI-FONDS anche qualora abbia perso il proprio impiego a causa dello stato di non autosufficienza di cui alla presente garanzia, qualora comunque la richiesta della prestazione sia stata attivata in costanza di copertura assicurativa.

Documentazione richiesta:

- Domanda di rimborso (>>Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie) compilata in ogni parte
- Modulo LTC (>> Modulo) compilato e firmato dal medico curante (con tutta la documentazione elencata nel modulo stesso)

CONDIZIONI GENERALI

1. Non è richiesta la compilazione di questionario sanitario.
2. Non vi sono termini di aspettativa.
3. La copertura assicurativa ha una durata biennale, con decorrenza dalle ore 00.00 del giorno 01° agosto 2019 per tutti i dipendenti iscritti al Fondo dalle Aziende e dalle Organizzazioni, nonché per gli altri beneficiari identificati dalla presente polizza, alle ore 00.00 del giorno 01° agosto 2021. Sani-Fonds potrà richiedere la proroga della copertura per un ulteriore biennio, dalle ore 00.00 del 1° agosto 2019 alle ore 00.00 del giorno 01° agosto 2021, facendo pervenire apposita richiesta scritta alla Società almeno 180 giorni prima della naturale scadenza del contratto.
4. Le garanzie assicurative sono estese, in caso di malattia e di infortunio, non solo a tutti i Paesi dell'UE, ma a tutto il mondo, al fine di garantire all'Assistito la piena accessibilità ai Centri di eccellenza disponibili in ciascuna specializzazione.
5. Sono sempre esclusi:
 - i. gli infortuni dovuti a tentato suicidio od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
 - ii. le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
 - iii. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: aerei, motoristici, automobilistici, free-climbing su roccia, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
 - iv. gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
 - v. le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assistito abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;

- vi. le conseguenze dirette od indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
 - vii. le conseguenze di eruzioni vulcaniche, inondazioni e maremoti;
 - viii. cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza;
 - ix. prestazioni di psichiatria e di psicologia erogate da strutture o professionisti privati
6. Per i dipendenti in servizio ed il relativo coniuge fiscalmente a carico non sono previsti limiti di età.
7. Per i proscutori volontari ed il relativo coniuge fiscalmente a carico, l'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 80° anno di età dell'Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza, al compimento del 81° anno d'età da parte dell'Assicurato.
8. A conferma di quanto precisato in polizza, alcune prestazioni sono da riferirsi esclusivamente al titolare (come indicato esplicitamente in polizza), mentre tutte le altre sono riferite al nucleo.
9. A conferma di quanto precisato in polizza le richieste di rimborso per prestazioni erogate da strutture del Servizio sanitario o convenzionate con lo stesso non devono prevedere copia o originale della prescrizione, ma solo i documenti di spesa.
10. Per tutte le prestazioni oggetto della presente polizza, qualora il titolare (rispettivamente il nucleo) si rivolga a strutture sanitarie pubbliche o convenzionate con il servizio sanitario, la prestazione verrà erogata in base al solo ticket presentato, e quindi non sarà necessario un certificato medico specialistico, e tutti i ticket verranno completamente rimborsati nel massimale di volta in volta assicurato.