

Mini guida alle
prestazioni di

Assistenza sanitaria Integrativa

Tutti i **vantaggi** del piano
sanitario per gli aderenti
al fondo **SAN.ARTI.**

www.confartigianatofc.it



SAN.ARTI.
FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA
PER I LAVORATORI DELL'ARTIGIANATO

Sanità Artigiana

Quali sono i vantaggi del piano sanitario per gli aderenti al fondo SAN.ARTI.?

Una rete nazionale di strutture

La rete di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per l'erogazione delle prestazioni previste da SAN.ARTI. (centri diagnostici, case di cura, ospedali, centri odontoiatrici e fisioterapici) è diffusa in tutta Italia ed è in grado di offrire un servizio di qualità in termini di professionalità medica e comfort, riducendo al minimo i tempi di attesa tra richiesta e prestazione.

Costi ridotti per le prestazioni sanitarie

Utilizzando la rete di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per SAN.ARTI, le spese vengono pagate direttamente dalla Compagnia alla struttura e rimane a tuo carico un contributo spese previsto nelle singole coperture. Nel caso in cui ti rivolgi a centri sanitari non convenzionati (dove è previsto), le spese ti vengono comunque rimborsate nei limiti dei massimali previsti.

Utilizzando le strutture del sistema sanitario nazionale ti verranno rimborsati integralmente i ticket sanitari.

Assistenza telefonica

Una centrale operativa telefonica con medici sempre presenti ti permette di ottenere informazioni sanitarie e pareri medici.

Comodità on line

E' possibile accedere a comodi servizi on line per prenotare le prestazioni previste dal tuo piano sanitario e per velocizzare tutte le tue operazioni di consultazione.

Proteggere la tua salute non e' mai stato così facile!

Il costo del piano sanitario è interamente sostenuto dall'Azienda, senza alcun onere per il dipendente.

A chi si rivolge?

Lavoratori dipendenti dell'Artigianato e delle Organizzazioni socie a tempo indeterminato o a tempo determinato superiore ai 12 mesi.

I Dipendenti di imprese artigiane possono iscrivere il proprio nucleo familiare, coniuge o convivente e figli. I Familiari iscritti potranno così usufruire delle prestazioni previste nel loro Piano sanitario.



1. Se hai bisogno di visite specialistiche e psicoterapia

Il piano sanitario prevede il pagamento delle visite mediche specialistiche. Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate e medici convenzionati, le spese vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alla struttura al netto di una somma pari a €. 10 per ogni visita specialistica. Utilizzando il Servizio Sanitario Nazionale ti vengono rimborsate integralmente le spese per i ticket sanitari rimaste a tuo carico. Per la psicoterapia è prevista una prima visita psichiatrica per accertare un'eventuale patologia e rientra in garanzia un ciclo annuo di 10 sedute ad €. 10.

Il piano prevede una somma totale massima annua pari a €. 1.200 per persona. Per l'attivazione della prestazione è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

2. Se hai bisogno di accertamenti diagnostici e pronto soccorso

Il piano sanitario prevede il rimborso integrale dei ticket sanitari per accertamenti diagnostici effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale e il rimborso dei ticket per pronto soccorso. Puoi rivolgerti anche alle strutture convenzionate ottenendo un appuntamento in tempi rapidi e con una franchigia di €. 30. Il piano prevede una somma massima annua pari a €. 1.000 per persona.

3. Se devi eseguire prestazioni di diagnostica: radiologia tradizionale

Il piano sanitario prevede il rimborso integrale dei ticket sanitari per prestazioni di diagnostica di radiologia convenzionale con o senza contrasto, ecografie, ecocolordoppler, alta diagnostica per immagini, diagnostica strumentale e specialistica, biopsie, endoscopie diagnostiche e operative e terapie (chemioterapia, dialisi e radioterapia) effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale. Puoi rivolgerti anche alle strutture convenzionate con una franchigia di €. 10/20.

Il piano prevede una somma massima annua pari a €. 8.000 per persona (sottominimale di €. 2.000 per le sole endoscopie operative).

4. Se hai bisogno di prestazioni odontoiatriche

Il piano sanitario ti offre una visita specialistica odontoiatrica gratuita e una seduta di igiene orale gratuita, una volta l'anno, nelle strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione, con la possibilità, se ritenuto necessario dal dentista, di effettuare gratuitamente una seconda detartrasi.

Se devi applicare uno o più impianti, SAN.ARTI copre, presso le strutture convenzionate, le tue spese fino ad un massimo di €. 3.300 all'anno, con le seguenti modalità: €. 700 per 1 impianto, €. 1.300 per 2 impianti, €. 3.300 per 3 o più impianti. E' gratuita anche l'avulsione (estrazione) di 4 denti l'anno propedeutica all'implantologia o, in alternativa, dei 4 denti del giudizio.

5. Se sei in gravidanza

Il piano sanitario paga alle future mamme, le spese per le ecografie e le analisi clinico chimiche (anche Prenatal Safe) e 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a 6 per gravidanze a rischio). Sono comprese anche l'amniocentesi e la villocentesi per le donne di età maggiore o uguale a 35 anni (per le donne con età inferiore a 35 solo in caso di malformazioni in familiari di primo grado o patologie sospette).

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate e medici convenzionati, le spese vengono liquidate direttamente e integralmente dalla Compagnia alla struttura senza alcun esborso da parte tua. Nel caso in cui ti rivolgi a strutture non convenzionate ti vengono rimborsate integralmente le spese. Utilizzando il Servizio Sanitario Nazionale ti vengono rimborsate integralmente le spese per i ticket sanitari. Il Piano prevede una somma massima annua pari a €. 1.000,00 per persona.

In aggiunta, la garanzia prevede, in occasione del parto e previa presentazione della cartella clinica, un'indennità di €. 80 per ogni giorno di ricovero per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero.

5-bis. Se hai un figlio con età inferiore ai 3 anni

Il piano sanitario prevede il pagamento delle spese per i ricoveri per interventi chirurgici di correzione di malformazioni congenite, diagnosticate durante il 1° anno di vita: visite e accertamenti diagnostici pre/post intervento, la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero. Puoi rivolgerti a qualsiasi struttura. Il piano prevede una copertura massima di €. 15.000 all'anno.

6. Se necessiti di trattamenti fisioterapici

Il piano sanitario ti paga le spese per trattamenti fisioterapici, a seguito di: infortunio (certificato di pronto soccorso) **e patologia temporaneamente invalidante** (certificato della patologia). La prestazione è gratuita sia con ricorso al Servizio Sanitario Nazionale che presso le strutture convenzionate.

La copertura è per un massimale annuo di €. 350.

Inoltre, SAN.ARTI. fornisce un 1 ciclo di 10 sedute di laserterapia a scopo fisioterapico nelle strutture convenzionate con contributo di €. 10.

7. Se devi eseguire un check-up completo di prevenzione

Il piano ti paga le prestazioni di check-up cardiovascolare e oncologico (elenco completo su www.sanarti.it) **effettuate una volta l'anno** in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Prevenzione cardiovascolare: età minima 40 anni donna/uomo, comprende analisi del sangue, ECG basale e visita specialistica cardiologica

Prevenzione oncologica: età minima 40 anni donna, comprende analisi del sangue, visita ginecologica e Pap-Test, esame mammografico ed ecografia pelvica; età minima 45 anni uomo, comprende analisi del sangue, visita specialistica urologica, esame prostatico vescicale e dosaggio PSA.

8. Se hai necessità di un ricovero per un intervento chirurgico

Il piano sanitario ti paga le spese sostenute per: l'intervento chirurgico (si veda elenco dettagliato su www.sanarti.it), l'assistenza medica, i medicinali, le cure, la retta di degenza, l'accompagnatore, l'assistenza infermieristica individuale, il trasporto sanitario, i trapianti. Ti saranno inoltre pagate le spese per gli esami, gli accertamenti, le visite specialistiche sostenute nei 60 giorni precedenti l'inizio del ricovero e nei 60 giorni successivi. Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate e medici convenzionati, le spese vengono liquidate direttamente e integralmente dalla Compagnia alla struttura, senza alcun esborso da parte tua, nel limite del massimale previsto per ogni singola copertura. Nel caso in cui nella provincia del tuo domicilio/residenza non siano presenti strutture convenzionate, potrai avvalerti di istituti di cura non convenzionati. Il rimborso delle spese sostenute avviene nel limite di una somma massima di €. 8.000 per intervento, con l'applicazione di uno scoperto del 20% a tuo carico e il minimo non indennizzabile di €. 2.000 per intervento. Utilizzando il Servizio Sanitario Nazionale ti vengono rimborsate integralmente le spese per i ticket sanitari o per trattamento alberghiero sostenute durante il ricovero e rimaste a tuo carico oltre all'indennità sostitutiva.

Indennità sostitutiva

Se utilizzi il Servizio Sanitario Nazionale hai diritto all'indennità sostitutiva di 100 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 100 giorni per ogni ricovero.

Somma massima a disposizione annua

Il piano prevede una somma massima annua pari a €. 90.000 per persona.

9. Se hai una grave inabilità da invalidità permanente

Il piano ti paga le spese sanitarie e/o l'erogazione di servizi di assistenza per casi di grave inabilità causati da infortunio sul lavoro che determini un'invalidità superiore al 50% (tabella INAIL) oppure causati da gravi patologie (ad es.: ictus, sclerosi multipla, paralisi, trapianto, fibrosi cistica, ischemia arterie vertebrali). Somma a disposizione una tantum: €. 7.000.

Piani Assistenziali per non autosufficienze

Oltre a quanto fornito, il piano ti mette a disposizione piani personalizzati socio-assistenziali, fornendo il servizio di tariffe agevolate per badanti e altre necessità domiciliari.

10. Se vuoi monitorare malattie croniche per non autosufficienze

Il piano offre un servizio gratuito per gli iscritti con età pari o superiore a 50 anni con patologia cronica (ipertensione, diabete, ecc) **di monitoraggio a distanza dei valori clinici:** questionario monitor salute, invio dispositivo medico, visite ed esami gratuiti. Il piano prevede una somma massima annua pari a €. 300 per anno.

11. Se vuoi prevenire la sindrome metabolica

Il piano sanitario ti paga le spese per prestazioni mirate a prevenire o trattare la sindrome metabolica. Se ti trovi in uno stato “non conclamato” ogni sei mesi puoi effettuare gratuitamente le analisi utili (colesterolo HDL, colesterolo totale, glicemia, trigliceridi), mentre in stato “conclamato” SAN.ARTI ti inviterà a contattare lo specialista più idoneo al trattamento.

E' necessario collegarti al sito www.unisalute.it, entrare nell'area riservata ai clienti e compilare il questionario con i dati richiesti. Una volta compilato il questionario, il personale medico preposto al servizio, provvederà ad analizzare i contenuti ed entro 2 giorni ti comunicherà l'esito della valutazione tramite e-mail.

12. Se devi acquistare lenti correttive per la vista

Il piano ti rimborsa fino a un massimo di 200 €, con una franchigia di 50 €, ogni due anni.

Puoi richiedere il rimborso per qualsiasi tipo di lenti correttive della vista: lenti per occhiali, lenti a contatto anche del tipo usa e getta. Nel caso di acquisto di lenti a contatto periodiche o giornaliere usa e getta, è consigliato acquistare più confezioni insieme e presentare un'unica fattura. Vengono rimborsate le fatture emesse dal 1° gennaio 2019. Puoi presentare un'unica richiesta di rimborso nei limiti del massimale, cioè una sola fattura o scontrino parlante ogni due anni.

13. Per la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)

Il piano, se sei donna da 18 a 45 anni di età, oppure uomo se la richiedi per la tua coniuge/convivente che abbia da 18 a 45 anni di età, ti rimborsa fino a 1.000 € per ogni tentativo, con certificazione medica relativa all'embryo transfer.

Vengono rimborsati al massimo 3 tentativi. Puoi richiedere il rimborso delle spese che hai sostenuto come Iscritta o, se sei un Iscritto, le spese sostenute dalla tua coniuge/convivente per:

- i trattamenti farmacologici per l'induzione della crescita follicolare multipla e i relativi monitoraggi ecografici
- le prestazioni medico-chirurgiche riferite alla tecnica della PMA, prelievo degli ovociti e transfer degli embrioni o embryo transfer.

Vengono rimborsati solo i trattamenti, i monitoraggi e gli interventi eseguiti in Italia. Vengono rimborsate le fatture emesse dal 1° gennaio 2019. Puoi presentare un'unica richiesta di rimborso nei limiti del massimale, cioè nella tua richiesta di rimborso devi inserire tutte le fatture, gli scontrini parlanti e i documenti di spesa fino all'embryo transfer.

14. Se hai bisogno di prestazioni a tariffe agevolate

Basta contattare il numero verde dedicato al Fondo SAN.ARTI 800-009603 e ottenere i seguenti servizi di consulenza: informazioni sanitarie (ubicazione centri medici, info su farmaci, ecc.), prenotazione prestazioni presso le strutture convenzionate.



SAN.ARTI.

FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA
PER I LAVORATORI DELL'ARTIGIANATO

Le prestazioni del Piano
sono garantite da:

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE



GENERALI
Assicurazioni Generali S.p.A.



Per informazioni:

Sportello Welfare Confartigianato

Clarissa Riciputi

Tel. 0547.642575

c.riciputi@confartigianatofc.it



Via Ilaria Alpi, 49

47522 Cesena (FC)

Tel. +39 0547 642511

Fax +39 0547 642525

info@confartigianatofc.it



Scopri di più su:
www.confartigianatofc.it