



PIANO SANITARIO
"DIPENDENTI
DEL PROGETTONE"

**Nomenclatore tariffario
per l'annualità 2016**

Il Nomenclatore indica analiticamente per ciascuna categoria di prestazioni le voci ammissibili, la forma di erogazione, le disposizioni particolari e l'importo della liquidazione.

A.1. PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE (DIAGNOSTICA PER IMMAGINI, VISITE SPECIALISTICHE, PREVENZIONE, LABORATORIO)

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

RIABILITAZIONE/CURE FISICHE

RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE

ULTRASUONOTERAPIA

ELETTROTHERAPIA ANTALGICA – TENS, ALTO VOLTAGGIO

ELETTROTHERAPIA ANTALGICA – DIADINAMICA

ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI

LASER TERAPIA ANTALGICA

MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO

IRRADIAZIONE INFRAROSSA

MAGNETOTERAPIA

AGOPUNTURA

OCULISTICA

VISITA OCULISTICA/ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO

STUDIO DEL CAMPO VISIVO

TOMOGRAFIA RETINICA(OCT) A LUCE COERENTE

ESAME DEL FUNDUS OCULI

RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON (LASER)

CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE E ALTERAZIONI CORNEALI CON LASER A ECCIMERI (PRK)

STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE

ANGIOGRAFIA CON FLUORESCEINA O ANGIOSCOPIA OCULARE

PACHIMETRIA CORNEALE

CORREZIONE BLEFAROPTOSI/RETRAZIONE PALPEBRALE

PLASTICA PALPEBRA (NON ESTETICA)

VISITE / DIAGNOSTICA

VISITA OSTETRICA E GINECOLOGICA

VISITA DERMATOLOGICA

VISITA ORTOPEDICA

VISITA FISIATRICA

VISITA CARDIOLOGICA

VISITA OTORINOLARINGOIATRICA

VISITA NEUROLOGICA

VISITA GASTROENTEROLOGICA

VISITA REUMATOLOGICA

VISITA NEUROCHIRURGICA

VISITA PSICOLOGICA

VISITA PSICHIATRICA

VISITA ENDOCRINOLOGICA /ENDOCRINO CHIRURGICA

ALTRA VISITA

ELETTROCARDIOGRAMMA

RADIOGRAFIA

MAMMOGRAFIA

PRELIEVO ED ESAME CITOLOGICO CERVICO VAGINALE – PAP TEST

ECOGRAFIA

DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO

ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE

RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE MUSCOLOSCELETRICA

RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE COLONNA

RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO

PRESTAZIONI DI LABORATORIO

MASSIMALE

Il limite rimborsabile per le spese sostenute nel 2016 per la presente garanzia è pari a 100,00 euro e comunque non oltre il 50% delle spese sostenute.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

- Rimborso per ticket sanitari
- Rimborso per prestazioni libero professionali erogate in regime di intramoenia
- Rimborso per altre prestazioni libero professionali fruite in strutture/studi privati

A.2. PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA

Rientrano nella presente garanzia tutte le prestazioni rientranti nell'ambito delle cure odontoiatriche.

MASSIMALE

Il limite rimborsabile per le spese sostenute nel 2016 per la presente garanzia è pari a 100,00 euro e comunque non oltre il 50% delle spese sostenute.
Il contributo è incompatibile con l'accesso alle cure odontoiatriche a sensi della L.P. 22/2007.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

- Rimborso per ticket sanitari
- Rimborso per prestazioni libero professionali erogate in regime di intramoenia
- Rimborso per altre prestazioni libero professionali fruite in strutture/studi privati

A.3. ALTRE PRESTAZIONI

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate.

COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO
PSICOTERAPIA INDIVIDUALE
PSICOTERAPIA FAMILIARE
ELABORAZIONE E FORMULAZIONE DELLA DIETA (effettuata dal dietista su prescrizione del medico)
VALUTAZIONE E INQUADRAMENTO INIZIALE INDIVIDUALE PER LA RIABILITAZIONE ALCOLOGICA
TRATTAMENTO/PERCORSO INDIVIDUALE DI RIABILITAZIONE ALCOLOGICA
VALUTAZIONE FINALE INDIVIDUALE DI FINE CICLO DI RIABILITAZIONE ALCOLOGICA
PLANTARI ORTOPEDICI
TUTORE ARTO
BUSTI TORACO-LOMBO-SACRALI
CORSETTI TORACO-LOMBO-SACRALI
PRESIDI ELASTOCOMPRESSIVI
CICLO DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

MASSIMALE

Il limite rimborsabile per le spese sostenute nel 2016 per la presente garanzia è pari a 150,00 euro e comunque non oltre il 50% delle spese sostenute.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

- Rimborso per ticket sanitari
- Rimborso per prestazioni libero professionali erogate in regime di intramoenia
- Rimborso per altre prestazioni libero professionali fruite in strutture/studi privati

A.4. PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE E ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN CASO DI GRAVI MALATTIE

CRITERI PER L'ACCERTAMENTO DI GRAVE MALATTIA

L'accertamento della grave malattia ai fini dell'erogazione del rimborso verrà effettuato dal Fondo tramite i propri organismi tecnici interni sulla base della documentazione sanitaria prodotta dall'associato (copia della cartella clinica ospedaliera, in caso di pregresso ricovero registrato nell'anno di riferimento oppure relazione medica/scheda sanitaria redatta dallo specialista di riferimento attestante la specifica patologia).

A titolo esemplificativo e non esaustivo sono considerate malattie gravi: neoplasie maligne, infarto miocardico acuto, ictus, interventi cardiaci, angioplastica, patologie a carico delle valvole cardiache, patologie a carico della aorta, insufficienza renale cronica, trapianti.

Il Fondo provvederà ad una periodica verifica della adeguatezza dell'elenco di patologie previste al fine di ampliare – ove necessario – le fattispecie oggetto di copertura sanitaria.

Il Fondo può sempre far verificare la condizione dell'assistito dalla propria struttura di fiducia.

PRESTAZIONI

Nel caso di grave malattia /interventi chirurgici è previsto il concorso nella copertura di spese di riabilitazione e assistenza infermieristica a carico dell'iscritto e non rimborsate dal Sistema Sanitario Nazionale.

Le prestazioni rimborsabili, prescritte dal medico di medicina generale e/o dal medico specialista o autorizzate, sono elencate nel seguito: **fisioterapia, logopedia, assistenza infermieristica.**

Il Fondo potrà prevedere che le prestazioni siano erogate esclusivamente da strutture convenzionate; in ogni caso le prestazioni devono essere erogate da strutture/professionisti autorizzati.

Il Fondo rimborsa fino al 60% delle spese sostenute per prestazioni usufruite.

Il rimborso a carico del Fondo è fissato nella misura massima di 5.000 euro.

In prima applicazione, gli interventi sono previsti fino al 2018 e la loro entità potrà essere rivista dal Fondo.

A.5. PRESTAZIONI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

BENEFICIARI

I beneficiari sono gli iscritti al Fondo certificati come non autosufficienti.

CRITERI E MODALITÀ PER LA CERTIFICAZIONE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

Per condizione di non autosufficienza si intende la condizione, accertata dalla competente struttura dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, che dà diritto all'indennità di accompagnamento di cui alla legge provinciale n. 7/1998 o di analoga prestazione* concessa per l'assistenza personale continua.

PRESTAZIONI

Il Fondo riconosce, nell'ambito delle risorse destinate come previsto dal presente nomenclatore, in regime di mutualità e/o in via cumulativa o alternativa mediante la stipula di contratti con enti, società, istituti assicurativi, altre casse o fondi, **un concorso nelle spese sostenute dagli aventi diritto** per le prestazioni e le forniture, **non coperte dal servizio sanitario nazionale/provinciale o altra amministrazione pubblica**, sotto riportate:

1. spese sostenute per il ricovero in strutture residenziali o semi residenziali autorizzate (es. quota - alberghiera RSA ecc.)
2. spese sostenute per acquisto di prestazioni e servizi di assistenza domiciliare forniti da personale dedicato, **compresa la compartecipazione al costo di servizi sanitari assistenziali pubblici a sostegno della domiciliarità**
3. spese sostenute per interventi a carattere riabilitativo e infermieristico

Le prestazioni, che dovranno essere preventivamente approvate dal Fondo, potranno essere dettagliate in un piano individuale.

Il Fondo può rimborsare prestazioni effettuate dal momento della domanda di certificazione della non autosufficienza e nel caso di certificazione già rilasciata, dal gennaio 2016.

Il Fondo rimborsa fino al 70% delle spese complessive sostenute con un rimborso massimo annuo di 6.000 euro. Tale importo di 6.000 euro sarà parametrato sui mesi certificati.

Gli interventi sono previsti fino al 2018 e la loro entità potrà essere rivista a partire dal 2019.

* Per analoga prestazione concessa per l'assistenza personale continua si intendono:

- a) gli assegni per l'assistenza personale continuativa di cui al D.P.R. n. 1124/1965;
- b) le indennità concesse agli invalidi di guerra e superstiti ai sensi del D.P.R. n. 915 del 1978;
- c) indennità di assistenza e di accompagnamento a favore di soggetti affetti da infermità per cause di servizio di cui al D.P.R. n. 1092 del 1973 e alla legge n. 9 del 1980.