

GUIDA PRATICA PER L'ISCRITTO

Copertura Sanitaria per i Dirigenti

INDICE

Premessa.....pag.3

Estratto delle condizioni che regolano la prestazione sanitario.....pag.4

- Spese in Istituto di cura per malattia od infortunio.....pag.5
- Spese per visite specialistiche, analisi, esami diagnostici, disturbi psichici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi.....pag.8
- Spese odontoiatriche e ortodontiche.....pag.9
- Spese per prestazioni di alta specializzazione.....pag.10
- Prevenzione.....pag.11
- Spese per protesi acustiche e ortopediche.....pag.12
- Pacchetto Maternità.....pag.12
- Prestazioni per stati di non autosufficienza.....pag.13
- Contributi per le estensioni delle prestazioni.....pag.14
- Termini e limiti delle prestazioni.....pag.16
- Limiti delle prestazioni.....pag.16
- Modalità operative: Prenotazione strutture convenzionate e richiesta di rimborso spese.....pag.17

PREMESSA

La presente guida si prefigge l'obiettivo di illustrare agli iscritti la copertura sanitaria “per Dirigenti in Servizio” erogata da salute Amica Società di Mutuo Soccorso -Ente del terzo Settore (di seguito Salute Amica)

Si raccomanda di seguire le norme e le procedure indicate nella presente guida, per garantire il rispetto dei termini e degli impegni assunti dalle singole parti.

Vi invitiamo a visitare il nostro sito internet www.saluteamica.org dove potete reperire l’elenco delle nostre strutture convenzionate e per ogni ulteriore informazione o chiarimento gli iscritti possono rivolgersi direttamente a Salute Amica ai seguenti recapiti:

telefono 055-6504526

e-mail info@saluteamica.org

ESTRATTO DELLE CONDIZIONI CHE REGOLANO LA PRESTAZIONE SANITARIA

La presente copertura sanitaria è la più completa assistenza sanitaria offerta da Salute Amica S.M.S.-ETS ai Dirigenti.

Le prestazioni sono erogate da Salute Amica in forma indiretta e, nella forma diretta, attraverso una rete di strutture sanitarie e mediche, vengono inoltre garantite le spese per ticket sanitari relativi alle prestazioni specialistiche effettuate nel S.S.N. .

Salute Amica mette a disposizione dei Soci iscritti e beneficiari della copertura sanitaria, il numero dedicato per la gestione dei servizi relativi alle prestazioni 055-6504526 ed è in grado di consigliare al Socio le strutture più idonee e di prenotare le prestazioni sanitarie.

Si prega di leggere con particolare attenzione le istruzioni che seguono, sia per quello che riguarda la gamma delle prestazioni che per le loro modalità di erogazione, onde garantire il corretto svolgimento del servizio.

Si raccomanda di dare continuità alle estensioni facoltative a favore dei familiari per evitare il rischio del mancato riconoscimento di alcune prestazioni.

La prestazione sanitaria viene erogata a favore **dell'iscritto e del relativo nucleo familiare** - il coniuge o convivente "more uxorio" ed i figli fino al **ventiseiesimo** anno di età.

L'iscritto ha facoltà di **estendere l'assistenza sanitaria ai genitori conviventi o considerati fiscalmente a carico.**

L'estensione della prestazione sanitaria **può essere richiesta dall'iscritto anche per i figli, già inseriti in copertura e appartenenti al nucleo originario,** che abbiano superato il ventiseiesimo anno di età:

a) senza limiti di età se portatori di handicap o invalidi o fiscalmente a carico in continuità di copertura;
b) fino al quarantesimo anno di età per i figli fiscalmente non a carico in continuità di copertura.

Sezione prima

1. SPESE IN ISTITUTO DI CURA PER MALATTIA OD INFORTUNIO

GARANZIE AREA RICOVERO
(RICOVERO CON E SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, DAY-HOSPITAL CHIRURGICO E MEDICO, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE, PARTO E ABORTO)

Per l'insieme delle garanzie dell'Area Ricovero è previsto un massimale complessivo di € 60.000 per nucleo familiare e per anno**.**

Modalità di utilizzo delle garanzie

A) Prestazioni effettuate in strutture sanitarie non convenzionate

- **Nel caso di ricovero con o senza intervento chirurgico**

In questo caso resta a carico dell'iscritto/beneficiario una somma pari al **20%** dell'importo liquidabile con il massimo non indennizzabile di **€ 2.000.**
Questo significa che, qualora il **20%** dell'importo liquidabile corrisponda a una cifra superiore a **€ 2.000** , la quota restante a carico dell'iscritto/beneficiario è comunque di **€ 2.000** .

- **Nel caso di day-hospital o di intervento chirurgico ambulatoriale**

In questo caso resta a carico dell'iscritto/beneficiario una cifra pari al **20%** dell'importo liquidabile **.**

B) Prestazioni effettuate in strutture del S.S.N. o da esso accreditate con costo a carico del S.S.N.
Qualora il costo del ricovero sia a carico del Servizio Sanitario Nazionale, viene erogata l'Indennità Sostitutiva. Qualora, invece, venga richiesto il rimborso di spese relative al ricovero, a qualsiasi titolo sostenute, non viene erogata l'Indennità Sostitutiva.

C) Libera Professione Intramuraria
La libera professione intramuraria è a tutti gli effetti un'attività a carattere privato che viene esercitata nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale o in una struttura da esso accreditata. Alla libera attività intramuraria vengono applicati gli scoperti e i limiti di cui alla precedente **lettera A)** qualora la struttura non sia convenzionata con Salute Amica per detta attività.

Vengono comprese nella copertura le seguenti voci:

1. le spese per i relativi accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati nei **130 giorni** precedenti il ricovero;
2. le spese per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento);
3. le spese per l'assistenza medica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali, per gli esami effettuati durante il periodo di ricovero;
4. le spese per le rette di degenza, escluse le spese voluttuarie;
5. le rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nello stesso istituto. Nel caso di ricovero in Istituto di Cura non convenzionato il rimborso avviene nel limite di € 130 per ogni giorno di ricovero con un massimo di 60 giorni (pernottamenti) per anno e per nucleo familiare.

6. le spese per il trasporto dell'iscritto/beneficiario con ogni mezzo all'ospedale o all'Istituto di Cura e viceversa, **nel limite massimo di € 1.500** per anno e per nucleo familiare e, nel limite di cui sopra, per ricoveri avvenuti all'estero, anche le spese di trasporto per l'accompagnatore;
7. le spese rese necessarie dalla malattia od infortunio, che ha determinato il ricovero, sostenute dopo la cessazione di quest'ultimo: per esami, per prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché per trattamenti fisioterapici e rieducativi e per cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei **130 giorni** successivi al ricovero
8. le spese per il trasporto dell'iscritto/beneficiario con ogni mezzo all'ospedale o all'Istituto di Cura e viceversa, **nel limite massimo di € 1.500** per anno e per nucleo familiare e, nel limite di cui sopra, per ricoveri avvenuti all'estero, anche le spese di trasporto per l'accompagnatore;
9. le spese rese necessarie dalla malattia od infortunio, che ha determinato il ricovero, sostenute dopo la cessazione di quest'ultimo: per esami, per acquisto di medicinali, per prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché per trattamenti fisioterapici e rieducativi e per cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei **130 giorni** successivi al ricovero.

Ogni ricovero in struttura a pagamento, ai fini dell'attivazione del rimborso, deve essere

preventivamente comunicato a Salute Amica

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi conseguente a malattia o a infortunio, Salute Amica liquida le spese previste ai punti sopraindicati con i relativi limiti, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.
Nel caso di donazione da vivente, Salute Amica garantisce il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, rette di degenza.

PARTO E ABORTO

a) In caso di parto cesareo avvenuto in Istituto di Cura (pubblico o privato): le spese di cui ai precedenti punti da 1 a 8 e secondo le diverse "Modalità di utilizzo delle garanzie" sopraindicate.
b) In caso di parto non cesareo ed aborto terapeutico e spontaneo, comportante ricovero in Istituto di Cura avvenuto in struttura non convenzionata, vengono rimborsate le spese di cui ai precedenti punti da 1 a 8 e con il limite omnicomprensivo di € 3.100.

INDENNITA' SOSTITUTIVA

In alternativa al rimborso delle spese per il ricovero sostenute in proprio totalmente o parzialmente, o in assenza di spese, l'iscritto può chiedere la liquidazione di una indennità di € 100 per ogni giorno di ricovero, con un massimo di 60 giorni (pernottamenti) per anno e per nucleo familiare. L'indennità sopraindicata viene comunque erogata anche nel caso in cui venga contestualmente richiesto il rimborso di spese relative ai periodi di pre (130 giorni) e post-ricovero (130 giorni) connesse al ricovero medesimo.

INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI

Viene inoltre previsto, sempre nell'ambito del massimale di **€ 60.000** , il rimborso delle spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle patologie sottoelencate compresi gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute per questa specifica garanzia, l'iscritto è tenuto a presentare a Salute Amica la seguente documentazione:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma;
- referti medici attestanti le neoplasie ossee della mandibola e o della mascella.

NORMA GENERALE

All'interno dell'Area Ricovero debbono considerarsi tutte quelle situazioni che per la particolarità della prestazione che deve essere effettuata, o per le condizioni di salute dell'iscritto/beneficiario, necessitino di ricovero in Strutture del SSN o da esso accreditate o da Strutture **non** Convenzionate con Salute Amica.

Non sono riconosciuti i ricoveri per terapie fisiche ed i ricoveri in day hospital per accertamenti.

Dette prestazioni, per la loro natura tecnica, possono essere effettuate in ambulatorio e quindi sono rimborsate alle condizioni previste per trattamenti fisioterapici riabilitativi e accertamenti secondo le modalità riportate al successivo punto 2. Sono fatte salve le situazioni particolari, che necessitano del regime di ricovero. Tali casi, per essere riconosciuti come "ricovero", devono essere supportati da apposita dichiarazione motivata del medico curante.

2. SPESE PER VISITE SPECIALISTICHE / ANALISI /ESAMI DIAGNOSTICI / DISTURBI PSICHICI / TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

Salute Amica rimborsa, fino alla concorrenza della somma complessiva annua di € 3.600 per nucleo familiare e per anno, le spese sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie, domiciliari o ambulatoriali compresi i ticket sanitari, rese necessarie da malattia od infortunio:

- visite specialistiche, comprese le visite omeopatiche, visite pediatriche per specifiche patologie del bambino (restano esclusi i "routinari" controlli della crescita);
- analisi ed esami diagnostici di laboratorio;
- disturbi psichici;
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

2.1 **Visite specialistiche, analisi ed esami diagnostici**

Qualora l'iscritto si avvalga di strutture convenzionate con Salute Amica si avrà il pagamento diretto all'Istituto di Cura per le prestazioni erogate senza applicazione di scoperti o franchigie.

Qualora l'iscritto/beneficiario non si avvalga della rete convenzionata di Salute Amica, il rimborso delle spese è effettuato con l'applicazione di uno scoperto del 30%, con un minimo non indennizzabile di € 50 per ogni visita, analisi od esame, fermo il limite massimo annuo di € 3.600 sopra stabilito.

Qualora nel corso della stessa visita e quindi nella medesima fattura o ricevuta venga indicato anche un esame strumentale, si applica sul totale della spesa una sola franchigia quale minimo non indennizzabile dello scoperto del 30%. Ciò comporta che, anche in presenza di accertamenti diagnostici qualificati di "Alta Specializzazione", il complesso delle prestazioni effettuate viene imputato al massimale della prestazione "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici".

Qualora l'iscritto si avvalga di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma diretta, verranno integralmente rimborsati i ticket sanitari a carico dell'iscritto.

Le visite odontoiatriche ed ortodontiche ed i relativi accertamenti diagnostici sono previsti al punto 3 "Spese odontoiatriche e ortodontiche".

Le visite specialistiche sono rimborsabili se dalla documentazione inviata risulta in modo inequivocabile il titolo di specializzazione del medico che ha effettuato la visita.

Nessun rimborso è quindi previsto per le prestazioni di medicina generica.

Per il rimborso delle analisi e degli accertamenti diagnostici occorre che la documentazione sia accompagnata dalla richiesta del medico curante (medico di famiglia o specialista che ha in cura la persona) dall'indicazione in fattura/ricevuta della motivazione medica che ha reso necessaria la prestazione.

2.2 **Disturbi psichici**

In deroga a quanto indicato nelle esclusioni, Salute Amica rimborsa, con le modalità definite al punto2.1, le spese sostenute presso medici specialistici per prestazioni psichiatriche fino alla concorrenza di € 800 per nucleo familiare e per anno quale sottomassimale del massimale globale sopraindicato di € 3.600 .

2.3 **Trattamenti fisioterapici e riabilitativi**

Salute Amica rimborsa le spese sostenute per trattamenti fisioterapici e riabilitativi e per terapie antalgiche conseguenti a malattia e a infortunio nel limite di € 1.000 per nucleo familiare e per anno quale sottomassimale del massimale globale sopraindicato di € 3.600. La necessità del trattamento deve essere attestata mediante prescrizione medica contenente l'indicazione della patologia o dell'infortunio occorso.

Le spese sostenute per trattamenti fisioterapici effettuati in struttura convenzionata vengono direttamente liquidati da Salute Amica senza applicazione di alcuna franchigia.

Per trattamenti fisioterapici effettuati in struttura non convenzionata il rimborso viene effettuato con l'applicazione di una franchigia di € 95 per ogni ciclo di terapia.

3. SPESE ODONTOIATRICHE E ORTODONTICHE

Salute Amica rimborsa, per nucleo familiare e per anno, le spese sostenute per tutte le prestazioni odontoiatriche e ortodontiche fino alla concorrenza della somma di € 3.000 nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con Salute Amica e di € 2.500 nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate con Salute Amica.

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con Salute Amica, la prestazione viene riconosciuta integralmente all'iscritto senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, a condizione che l'iscritto/beneficiario richieda preventivamente l'autorizzazione di Salute Amica al fine di ottenere l'applicazione delle tariffe convenzionate e il pagamento diretto da parte di Salute Amica.

Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate, il rimborso di tali spese è effettuato con l'applicazione di uno scoperto del 35%, con un minimo non indennizzabile di € 100 per ogni fattura, nel limite massimo annuo di € 2.500.

Nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente nei limiti del massimale di € 3.000 per nucleo familiare e per anno.

4. SPESE PER PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Per le sotto riportate prestazioni e terapie extra ricovero, viene garantito un massimale annuo per nucleo familiare di
€ 7.750 :

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) (“anche digitale”)

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea(PTC)
- Colangiografia
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingongrafia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN) Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico Radioterapia

Le prestazioni di Alta Specializzazione devono essere richieste dal medico curante (medico di famiglia o specialista che ha in cura la persona). In caso di rimborso, la richiesta del medico, deve essere allegata alla restante documentazione. Se l'iscritto/beneficiario si avvale delle strutture convenzionate con Salute Amica, per le prestazioni sopra riportate non sono previste, nei limiti del massimale, franchigie ed il pagamento è effettuato direttamente da Salute amica all'ente erogante. Qualora l'iscritto/beneficiario si avvalga di strutture non convenzionate con Salute Amica, il rimborso delle spese avviene nella misura del 70% e con il minimo non indennizzabile di € 65 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Qualora l'iscritto/beneficiario si avvalga di strutture del S.S.N. è previsto l'integrale rimborso dei ticket sanitari.

5. PREVENZIONE

Per il solo iscritto ed esclusivamente presso i centri convenzionati, Salute Amica garantisce l'effettuazione di una serie di esami ed accertamenti con finalità preventiva e quindi non legati né ad infortunio, né a richiesta del medico curante per una presunta patologia. Il costo di queste prestazioni è a totale carico di Salute Amica; pertanto tale prestazione non è da computarsi all'interno del massimale della prestazione "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici".
Questo modulo "prevenzione" deve essere attivato dall'iscritto telefonando a Salute Amica.

Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- urine; esame chimico, fisico e microscopico
- feci: ricerca del sangue occulto
- Elettrocardiogramma di base

Prestazioni previste per le donne una volta l'anno

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina

- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Pap test

Prestazioni previste per gli uomini una volta ogni due anni a partire dal compimento dei cinquant'anni

- Ecotomografia addome superiore e inferiore (4/5 organi)
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Ecodoppler tronchi sovraortici

Prestazioni previste per le donne una volta ogni due anni a partire dal compimento dei cinquant'anni

- Ecodoppler tronchi sovraortici
- Ecotomografia addome superiore e inferiore (4/5 organi)
- Visita specialistica ginecologica

Gli esami possono essere effettuati una volta nel periodo 1/1 - 31/12 di ciascun anno; mentre quelli a frequenza biennale possono essere effettuati una volta nel periodo 1/1 - 31/12 dell'anno successivo, preferibilmente in concomitanza con quelli annuali.

6. SPESE PER PROTESI ACUSTICHE E ORTOPEDICHE/AUSILI ORTOPEDICI

Salute Amica rimborsa le spese sostenute per protesi acustiche e ortopediche e per ausili ortopedici.
Il massimale disponibile corrisponde a **€ 2.000** per nucleo familiare e per l'intera durata contrattuale. Nella voce "ausili ortopedici" si intendono compresi anche: carrozzelle, stampelle e cinti erniari. Risultano, invece, esclusi: calzature a plantare, corsetteria e busti estetico-formativi.

7. PACCHETTO MATERNITA'

Vengono previste nel corso della gravidanza le seguenti prestazioni:

- Ecografie di controllo, da fruirsi presso strutture sanitarie convenzionate con Salute Amica;
- Amniocentesi, da fruirsi presso strutture sanitarie convenzionate con Salute Amica;
- Analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza, da fruirsi presso strutture sanitarie convenzionate con Salute Amica;
- Visite specialistiche di controllo sull'andamento della gravidanza, da fruirsi, a scelta dell'iscritta/beneficiaria, sia presso strutture sanitarie/medici convenzionati che non convenzionati con Salute Amica;
- In caso di aborto avvenuto dopo il primo trimestre di gravidanza, rientra in copertura l'eventuale successivo trattamento psicoterapico che si renda necessario, fino ad un massimo di 15 sedute per evento. La garanzia può essere attivata solo utilizzando terapeuti convenzionati con Salute Amica.

La garanzia è prestata fino a un massimo di € 1.000 per anno e per nucleo familiare.

Sezione seconda

8 PRESTAZIONE PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA

Al solo iscritto, che venga a trovarsi in uno stato di dipendenza definito secondo i parametri sottoindicati Salute Amica garantisce il rimborso di una somma mensile di **€ 350,00**
per spese sostenute o l'erogazione di servizi di assistenza per un importo equivalente.
La prestazione, su richiesta dell'iscritto, può ess ere estesa al coniuge/convivente "more uxorio", sec ondo le modalità indicate all'articolo 9, punto B).
Affinchè la prestazione sia operativa, l'iscritto non deve rientrare in una delle seguenti condizioni al momento dell'inserimento nella prestazione vale a dire **al 31/12/2000** o dalla data di iscrizione alla Cassa se successiva:

1. Avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti : spostarsi, lavarsi, vestirsi, mangiare.
2. Trovarsi nelle condizioni di poter usufruire di una pensione di invalidità o di poter richiedere una rendita per invalidità permanente che corrisponda a un livello di invalidità superiore al 40%.
3. Presentare postumi di malattie o di incidenti precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.
4. Essere affetto dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson, dalla sclerosi a placche o da ipertensione non controllata
   (intendendosi per tale forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente).

La prestazione è operante sia nel caso in cui lo stato di dipendenza sia permanente sia nel caso in cui sia temporaneo (questa seconda eventualità può verificarsi ad esempio nel caso di grave infortunio che comporti una condizione di non autosufficienza per un periodo di tempo determinato).
Si definisce in "stato di dipendenza permanente" l'iscritto il cui stato di salute venga giudicato **"consolidato"** e che rientri in uno dei due seguenti casi:

1. si trovi nell'impossibilità fisica totale di potere effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita : soddisfare la propria igiene personale, nutrirsi, spostarsi, vestirsi, e necessiti in modo costante :
   - o dell'assistenza di un terzo retribuito che compie i servizi di cura a domicilio a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
   - o del ricovero in lunga degenza in un servizio adatto alle persone il cui stato richieda una sorveglianza medica costante e trattamenti di mantenimento;
   - o del ricovero in cure mediche a carico del Servizio Sanitario Nazionale.
2. sia affetta da demenza senile invalidante o dalla malattia di Alzheimer, verificata da un referto medico e dopo esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status Esame di Folstein) e necessiti in modo costante:
   - o di un soggiorno in ospedale psichiatrico per causa di demenza senile invalidante, riconosciuta e rimborsata dal Servizio Sanitario Nazionale;
   - o dell'assistenza di un terzo retribuito che completa le cure a domicilio, a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Si definisce in "stato di dipendenza temporaneo" l'iscritto che presenti la necessità dell'aiuto di un terzo per compiere almeno tre dei seguenti atti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, mangiare.
In questo caso, la somma garantita, viene corrisposta in rapporto al numero di giorni per i quali perdura lo stato di dipendenza.

DENUNCIA DELLO STATO DI DIPENDENZA
L'iscritto/beneficiario o altro familiare può presentare a Salute Amica la denuncia del sopravvenuto stato di dipendenza inviando l'apposito modulo compilato e sottoscritto, fornita da Salute Amica.
Dopo di chè Salute Amica provvede ad inoltrare all'iscritto/beneficiario uno specifico questionario medico che deve essere compilato dal medico curante e rispedito a Salute Amica corredato dalla documentazione medica richiesta.
Salute Amica si riserva la facoltà di richiedere ulteriori chiarimenti ed informazioni nonché verifica dello stato di dipendenza dell'iscritto/beneficiario da parte di un medico di sua fiducia.
La richiesta di riconoscimento dello stato di dipendenza non accolta può essere riesaminata da Salute Amica alle seguenti condizioni:
- che sia trascorso un periodo di almeno 3 mesi dall'ultima richiesta;
- che sia trasmessa nuova documentazione medica che attesti l'aggravarsi dello stato di salute.

9. CONTRIBUTI PER LE ESTENSIONI DELLE PRESTAZIONI

L'iscritto, utilizzando l'apposita modulistica, fornita da Salute Amica può richiedere alla stessa, l'estensione delle prestazioni sanitarie previste per il nucleo familiare, con una contribuzione totalmente a Suo carico.
Per tutte le estensioni sotto riportate deve sempre essere osservata la continuità di copertura e per i figli l'appartenenza al nucleo familiare originario.

A) Estensione delle prestazioni previste per il nucleo base

Le prestazioni previste per il nucleo base possono essere estese:
- ai genitori dell'iscritto conviventi o considerati fiscalmente a carico dell'iscritto con un contributo annuo di € 600 per ogni genitore nel caso di persone sino a 80 anni di età e di € 700 per persone di età superiore a 80 anni;
- **ai figli di età superiore ai 26 anni fiscalmente a carico, portatori di handicap o invalidi**, con un contributo annuo di € 460 per ogni figlio;
- **ai figli di età superiore ai 26 e fino al 35° anno di età anni fiscalmente non a carico** con un contributo annuo di € 590;
- **ai figli di età superiore ai 35 e fino al 40° anno di età, anni fiscalmente non a carico** con un contributo annuo di € 700.

B)Estensione di prestazioni al coniuge/convivente "more uxorio"

La "Prestazione per stati di non autosufficienza", per una somma garantita di € 1.350 mensili, può essere estesa al coniuge o al convivente "more uxorio" dell'iscritto con sottoscrizione da parte dello stesso coniuge o convivente "more uxorio" di apposita dichiarazione sullo stato di salute. Il contributo annuo per l'estensione è pari a € 150 .

10. INFORMAZIONI SANITARIE TELEFONICHE

Salute Amica attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:
- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, ecc.);
- assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero;
- centri medici specializzati per particolari patologie.

- **Rientro dal ricovero di primo soccorso**

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'iscritto/beneficiario necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, Salute Amica rimborserà la spesa relativa nel limite di un importo pari a 300,00€

- **Trasferimento in centro medico specializzato**

  Qualora l'iscritto/beneficiario in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta da Salute Amica non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza dell'iscritto/beneficiario previa analisi del quadro clinico dell'iscritto/beneficiario e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, Salute Amica provvede a fornire il supporto organizzativo dell'iscritto/beneficiario al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni tra quelli sottoelencati:

  -in barella;

  -treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto;

  -autoambulanza senza limiti di percorso.

  Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese da salute Amica.

  La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della regione di residenza dell'iscritto/beneficiario.

- **Assistenza infermieristica specializzata domiciliare**

  Qualora l'iscritto/beneficiario sia stato ricoverato e sottoposto ad un intervento chirurgico, o abbia effettuato un ricovero medico per una grave patologia, Salute Amica, previo accertamento dell'effettiva necessità secondo il proprio parere, al fine di consentire la continuazione di terapie domiciliari dopo le dimissioni dall'Istituto di Cura, provvede a fornire un'assistenza infermieristica o fisioterapica specializzata per un massimo di **20 ore** complessive esclusivamente nell'arco della prima settimana di convalescenza. Tali ore possono essere usufruite senza soluzione di continuità o ad intervalli da concordarsi con Salute Amica.

  Per l'attivazione della garanzia, l'iscritto/beneficiario, deve comunicare a Salute Amica la propria necessità di usufruire della prestazione **3 giorni** prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura.

  In ogni caso, laddove la richiesta della prestazione venga fatta in un momento successivo, il servizio viene erogato solamente se sussistono i requisiti richiesti per la sua attivazione, e comunque entro **3 giorni** dalla data della richiesta stessa.

11. TERMINI E LIMITI DELLE PRESTAZIONI

La prestazione decorre dalle ore **24** del giorno successivo alla data di iscrizione e al pagamento del contributo a Salute Amica.

12. LIMITI DELLE PRESTAZIONI

Sono esclusi dalla prestazione (valevoli esclusivamente per le prestazioni di cui alla sezione prima):

A) il rimborso delle spese:

per la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, nonché di tutti i comportamenti nevrotici ad eccezione di quanto previsto al punto 2.2;

per la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici od uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti.

B)il rimborso delle spese relative ad infortuni:

derivanti da sport aerei dalla partecipazione a corse e gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);

sofferti in conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente dall'iscritto, intendendo invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'iscritto stesso.

Sono inoltre esclusi dalle prestazioni:

-le cure e gli interventi per la eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti e la cui stabilizzazione sia avvenuta prima della data di iscrizione a Salute Amica in caso di intervento di correzione della miopia, la garanzia opera soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio par i o superiore alle 9 diottrie per quanto riguarda le strutture non convenzionate con **Salute Amica** o in Servizio Sanitario Nazionale; nelle strutture convenzionate con **Salute Amica** tale prestazione è riconosciuta già in presenza di un differenziale tra gli occhi di 4 diottrie;

-gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale i ricoveri causati dalla necessità dell'Iscritto / Beneficiario di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Iscritto / Beneficiario che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

-i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio e i ricoveri durante i quali vengono praticate terapie fisiche che possono essere effettuate in ambulatorio, fatto salvo quanto previsto nella **NORMA GENERALE di pag. 7;**

-le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi demolitivi);

-le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici, salvo quanto previsto nell'**Area ricovero** al **punto 2** di **pag. 5** e al **punto 6 di pag. 12;**

-le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;

-le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari nonché di inondazioni e movimenti tellurici.

-le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Prenotazione della prestazione in strutture convenzionate
Salute Amica su richiesta dell'iscritto/beneficiario e limitatamente alle strutture convenzionate, procede alla prenotazione della prestazione sanitaria.
L'iscritto/beneficiario che utilizza le strutture non convenzionate deve sempre contattare preventivamente la segreteria di Salute Amica attraverso il sito www.saluteamica.org o tramite il numero 055 6504526 per verificare se le prestazioni richieste sono in garanzia.

I vantaggi per l'iscritto/beneficiario che si avvale di strutture convenzionate sono i seguenti:
- non vengono applicati scoperti/franchigie per le prestazioni dell'Area Ricovero, di Alta Specializzazione e per le Prestazioni Specialistiche;
- non deve anticipare le spese;
- non deve gestire tutti gli aspetti burocratici ed amministrativi.

In questo caso l'iscritto/beneficiario deve:
- recarsi presso la struttura nella data dell'appuntamento;
- portare con sé la richiesta se prevista del medico curante (medico di base o specialista di fiducia);
- firmare all'atto delle dimissioni tutte le fatture e le note spese;
- pagare le spese non comprese nelle prestazioni, quali le spese voluttuarie o quelle eccedenti il massimale.

In caso di utilizzo di strutture non convenzionate
L'iscritto/beneficiario che utilizza le strutture non convenzionate sarà soggetto all'applicazione degli scoperti e delle franchigie previste per il rimborso delle spese sostenute e deve:
- anticipare tutte le spese;
- allegare alla richiesta di rimborso delle spese la prescrizione, se prevista, del medico curante (medico di base o specialista di fiducia);
- raccogliere tutte le fatture/ricevute in originale, debitamente quietanzate e allegarne copia alla richiesta di rimborso delle spese;
- richiedere per i casi di ricovero una copia della cartella clinica completa da allegare alla richiesta di rimborso delle spese o dell'indennità sostitutiva.

Per il rimborso delle spese sostenute, l'iscritto/ beneficiario dovrà inviare debitamente compilato e firmato l'apposito modulo fornito dalla segreteria di Salute Amica, allegando copia (fatta salva la facoltà di Salute Amica di richiedere la documentazione in originale) della documentazione di spesa e di quella medica al seguente recapito di posta elettronica : info@saluteamica.org.