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

È 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.

Le prestazioni del Piano sono garantite da:

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

GENERALI Assicurazioni Generali

SAI FONDIARIA

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

Per informazioni: SAN. ARTI. - www.sanarti.it - Via Torino, 6 - 00184 Roma

Questo opuscolo è stato predisposto in modo da costituire uno strumento di sintesi. In nessun caso l'opuscolo può sostituire il Piano Sanitario, del quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali. Il Piano Sanitario resta pertanto l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

MINI GUIDA ALLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

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

Aderenti al Fondo SAN.ARTI.

Confartigianato Imprese · CNA · CASARTIGIANI · CLAAI · CGIL · CISL · UIL

PROTEGGERE LA TUA SALUTE NON È MAI STATO COSÌ FACILE!

Il piano sanitario per gli aderenti al Fondo SAN.ARTI. (Fondo di Assistenza sanitaria integrativa per i lavoratori dell'artigianato) è stato appositamente studiato per dare risposte concrete alle aspettative e ai bisogni dei lavoratori dellartigianato.
L'accordo prevede la possibilità di fruire di prestazioni sanitarie integrative rispetto a quelle fornite dal Servizio Sanitario Nazionale offrendo il massimo nella tutela della salute.
Il costo del piano sanitario è interamente sostenuto dall'Azienda, senza alcun onere per il dipendente.

A CHI SI RIVOLGE?

Al Fondo aderiscono le Imprese che applicano i CCNL dell'Artigianato che lo prescrivono, come previsto dall'accordo interconfederale del 21/9/2010, cui si aggiungono i lavoratori che operano presso le Associazioni Sindacali, delle Imprese e dei Lavoratori, e le loro Strutture operative e di servizio, costituenti il Fondo. Ci si riferisce ai lavoratori a tempo indeterminato, agli apprendisti e, nei casi previsti dai CCNL di settore, ai titolari di un contratto a termine della durata di almeno 12 mesi.

COME SI ATTIVA?

Le aziende del settore possono iscriversi al Fondo SAN.ARTI. a partire dal 1 febbraio 2013. L'erogazione delle prestazioni sanitarie si attiverà a partire dal primo giorno del settimo mese successivo all'adesione al Fondo.

1. Se hai necessità di un ricovero per un grande 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 € 8.000,00 per intervento, con l'applicazione di uno scoperto del 20% a tuo carico e il minimo non indennizzabile di € 2.000,00 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 € 100,00 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 € 90.000,00 per persona.

2. Se vuoi prevenire la sindrome metabolica

Il piano sanitario ti paga le spese per prestazioni mirate ad evidenziare il rischio di sindrome metabolica.

Le prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione e prenotate preventivamente attraverso la Centrale Operativa.

Le prestazioni (colesterolo HDL, colesterolo totale, glicemia, trigliceridi) rientrano già nel pacchetto prevenzione del piano.

Puoi collegarti al sito www.unisalute.it ed 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.

3. Se hai bisogno di visite specialistiche

Il piano sanitario prevede il pagamento delle visite specialistiche con esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche, ad eccezione di quelle previste in copertura dal piano. È previsto il pagamento di una prima visita psichiatrica per accertare un'eventuale patologia.

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 € 20,00 per ogni visita specialistica. Utilizzando il Servizio Sanitario Nazionale ti vengono rimborsate integralmente le spese per i ticket sanitari rimaste a tuo carico. Il piano prevede una somma massima annua pari a € 700,00 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.

4. Se hai bisogno del dentista per visite o igiene orale

Il piano sanitario ti paga al 100% le spese per una visita specialistica odontoiatrica e al 50% una seduta di igiene orale professionale, una volta l'anno, nelle strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Le prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione. Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica, il medico della struttura convenzionata riscontri la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno associativo, la Compagnia provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

5. Se hai bisogno di prestazioni di implantologia odontoiatrica

Viene prevista una somma annua massima a disposizione per prestazioni di implantologia dentale in un anno di copertura. La copertura opera nel caso di applicazione di 1, 2, 3 o più impianti previsti nel medesimo piano di cura, per una somma massima annua pari a € 2.800,00 per persona.

Viene previsto un sottomassimale annuo di € 1.000,00 nel caso di applicazione di due impianti e un sottomassimale pari a € 550,00 nel caso di applicazione di un impianto. La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui ti rivolga a strutture sanitarie e personale convenzionato. Qualora nella medesima annualità di copertura, dopo l'applicazione di un impianto si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottomassimale di € 1.000,00 al netto di quanto già autorizzato o pagato.

6. Se hai bisogno del dentista per estrazioni (avulsione)

Il piano sanitario provvede al pagamento integrale di prestazioni di avulsione (estrazione) fino ad un massimo di 4 denti l'anno, solo se resa necessaria da una prestazione di implantologia.

La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui tu ti rivolga a strutture sanitarie e personale convenzionato.

7. Se devi eseguire prestazioni di diagnostica e terapia

Il piano sanitario ti paga le spese relative a una serie di prestazioni diagnostiche e terapeutiche di alta specializzazione extraricovero, tra cui Rx, ecografie, scintigrafia, mammografia pet, ecc. (vedi elenco dettagliato su www.sanarti.it).

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate e medici convenzionati, le spese vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alla struttura al netto di una somma a tuo carico pari a € 30,00 per ogni ecografia/ecodoppler e di € 20,00 per prestazione/ciclo di terapia per tutte le altre prestazioni in elenco diverse da ecografia/ecodoppler.

Utilizzando il Servizio Sanitario Nazionale ti vengono rimborsate integralmente le spese per i ticket sanitari rimaste a tuo carico.

Il piano prevede una somma massima annua pari a € 6.000,00 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.

8. Se hai bisogno di accertamenti diagnostici e pronto soccorso

Il piano sanitario prevede il rimborso integrale dei ticket sanitari per accertamenti diagnostici (non previsti nel punto diagnostica e terapia) effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale e il rimborso dei ticket per pronto soccorso.

Il piano prevede una somma massima annua pari a € 500,00 per persona.

9. Se hai bisogno di informazioni sanitarie o parerei medici

Basta contattare il numero verde dedicato al Fondo SAN.ARTI (attivo dalla fine del mese di luglio 2013) e ottenere i seguenti servizi di consulenza (lun.-ven. 8,30-19,30): informazioni sanitarie (ubicazione centri medici, info su farmaci, ecc.), prenotazione prestazioni presso le strutture convenzionate.

10. Se desideri assistenza in caso di grave inabilità

Il piano ti paga le spese sanitarie e/o l'erogazione di servizi di assistenza (come indicati al punto successivo) 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).

Somma a disposizione una tantum: € 7.000,00.

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.

11. Se sei in gravidanza

Il piano sanitario ti paga le spese per le ecografie e le analisi clinico chimiche effettuate in gravidanza 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 € 80,00 per ogni giorno di ricovero per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero.

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

Il piano ti paga le prestazioni di chek-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.

Per gli uomini: dai 40 anni, salvo diversa indicazione anamnestica, prevenzione cardiovascolare (ad es.: glicemia, colesterolo, visita cardiologica). Dopo i 50 anni, prevenzione oncologica (ad es.: PSA, ecografia prostatica).

Per le donne: dai 40 anni, salvo diversa indicazione anamnestica, prevenzione cardiovascolare (ad es.: glicemia, colesterolo, visita cardiologica). Dai 50 anni, prevenzione oncologica (ad es.: visita ginecologica, PAP-Test, mammografia).