

Attilio

Antonio

Luigi

Salvatore

Antonio

Antonio

# PROPOSTA FONDO SANITARIO PER I DIPENDENTI DEL GRUPPO POSTE ITALIANE

IPOSTESI DI PRICING

Antonio

Antonio

Dicembre 2016

# LE COPERTURE SANITARIE PROPOSTE – IPOTESI BASE

*sh* *RO* *Q* *1*

*1*

Ricovero in Istituto di cura per i Grandi Interventi Chirurgici

*2*

Indennità sostitutiva giornaliera per i Grandi Interventi Chirurgici

*3*

Diagnostica di Alta Specializzazione

*4*

Visite specialistiche ambulatoriali

*5*

Mamma e Bambino

*6*

Prestazioni di prevenzione cardiovascolare e oncologica (solo rete convenzionata)

*7*

Prestazioni odontoiatriche (solo rete convenzionata)

## LE COPERTURE SANITARIE FACOLTATIVE – IPOTESI PLUS

*Handwritten initials/signature*

*Handwritten mark*

**1**

Rendita mensile pagata per tutta la vita in caso di non autosufficienza

**2**

Rimborso Ticket Sanitari per accertamenti diagnostici e di pronto soccorso

**3**

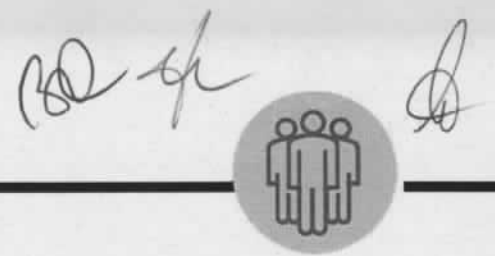
Capitale fisso pagato alla diagnosi di una grave malattia

**4**

Capitale fisso pagato nel caso di decesso da malattia o infortunio

*Handwritten notes: Asc, mkt, Aut 2.*

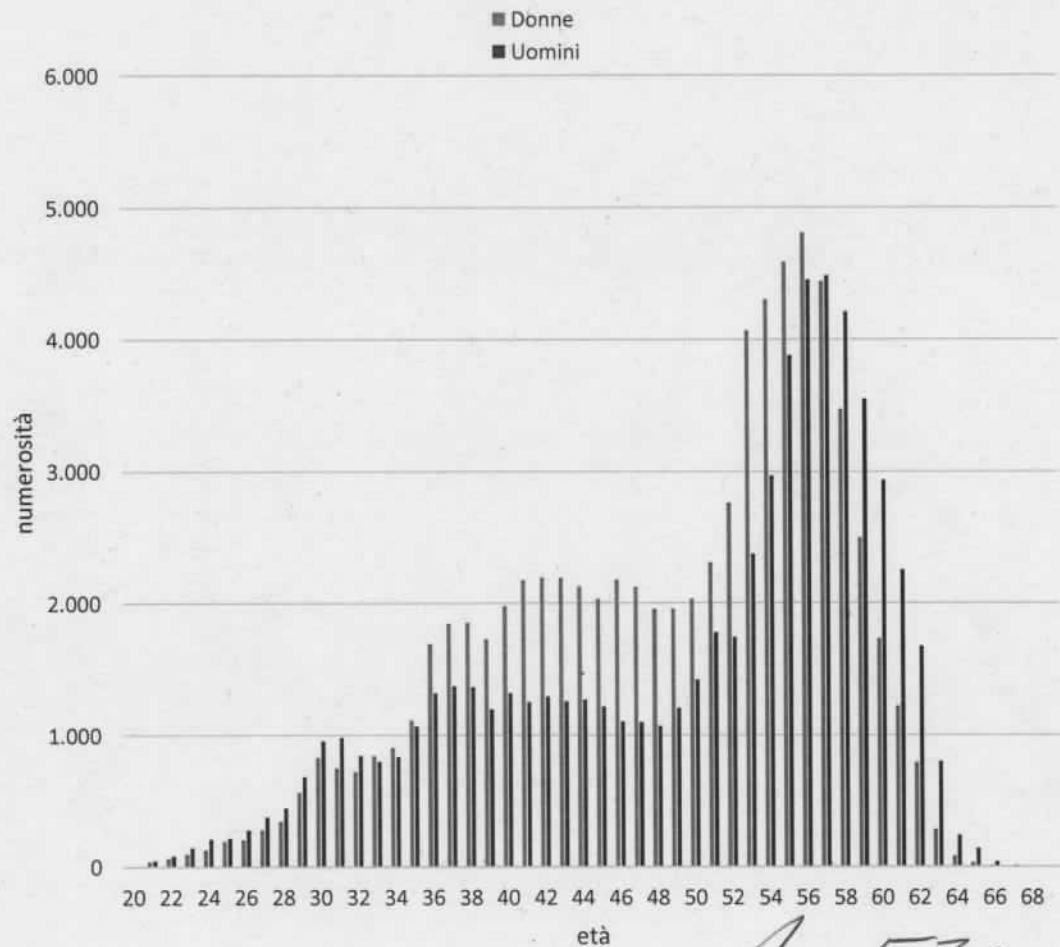
# LA DEMOGRAFIA DEI DIPENDENTI DI POSTE ITALIANE



*[Handwritten signature]*

Distribuzione per eta e sesso dipendenti di Posteitaliane

Classi di età	Donne	Uomini	Totale
20 - 25	530	718	1.248
25 - 30	2.233	2.751	4.984
30 - 35	4.349	4.543	8.892
35 - 40	9.113	6.580	15.693
40 - 45	10.731	6.294	17.025
45 - 50	10.254	5.906	16.160
50 - 55	18.026	12.743	30.769
55 - 60	16.948	19.626	36.574
60 - 65	2.415	5.112	7.527
> 65	20	52	72
	74.619	64.325	138.944



*[Handwritten signature]*

*CSE*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

Situazione fotografata al 10 dicembre 2015

# GARANZIE PER 3 DIVERSE IPOTESI DI CONTRIBUTO

*gh*

*BO*

*Q*

*Q*

**1**

Contributo aziendale annuo pari a 120 euro – 10,0 euro mese -

**2**

Contributo aziendale annuo pari a 150 euro – 12,5 euro mese -

**3**

Contributo aziendale annuo pari a 180 euro – 15,0 euro mese -

*Q*

*Autz*

*Q*

*Q*

# IPOTESI 1 DI PIANO SANITARIO BASE

*Handwritten signature*

*Handwritten initials*

*Handwritten initials*

*Handwritten mark*

**1**

Contributo aziendale annuo pari a 120 euro – 10,0 euro mese -

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

*Cse*

*Handwritten signature*

# IPOSTESI 1 DI PIANO SANITARIO BASE

BO b

*[Handwritten mark]*

**Grandi  
Interventi  
Chirurgici?**

*CSC*

*Amu*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	
<b>Cardiochirurgia</b>	
	BYPASS AORTO CORONARICI MULTIPLI (C.E.C.)
	BYPASS AORTO CORONARICO SINGOLO (C.E.C.)
	CARDIOCHIRURGIA A CUORE APERTO, IN ETÀ ADULTA O NEONATALE, COMPRESI ANEURISMI O SOSTITUZIONI VALVOLARI MULTIPLE O SOSTITUZIONE AORTICA O PLASTICA DELL'AORTA (C.E.C.), SALVO GLI INTERVENTI SPECIFICATI
	COMMISUROTOMIA PER STENOSI MITRALICA
	FERITE O CORPI ESTRANEI O TUMORI DEL CUORE O PER TAMPONAMENTO, INTERVENTI PER
	FISTOLE ARTEROVENOSE DEL POLMONE, INTERVENTI PER
	MASSAGGIO CARDIACO INTERNO
	PERICARDIECTOMIA PARZIALE
	PERICARDIECTOMIA TOTALE
	REINTERVENTO CON RIPRISTINO DI C.E.C.
	SEZIONE O LEGATURA DEL DOTTO ARTERIOSO DI BOTALLO
	SOSTITUZIONE VALVOLARE IN HEART PORT
	SOSTITUZIONE VALVOLARE SINGOLA (C.E.C.)
	SOSTITUZIONI VALVOLARI CON BY-PASS AORTO CORONARICI (C.E.C.)
	TRAPIANTO CARDIACO (OMNICOMPRESIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)
	VALVULOPLASTICA CARDIOCHIRURGICA
<b>Cardiologia interventistica</b>	
	ANGIOPLASTICA CORONARICA VASO SINGOLO CON O SENZA TROMBOLISI COMPRESIVO DI EVENTUALE STAND-BY CARDIOCHIRURGICO ED EVENTUALE APPLICAZIONE DI STENTS
	ANGIOPLASTICA CORONARICA VASI MULTIPLI CON O SENZA TROMBOLISI COMPRESIVO DI EVENTUALE STAND-BY CARDIOCHIRURGICO ED EVENTUALE APPLICAZIONE DI STENTS
<b>Chirurgia della mammella</b>	
<i>Per gli interventi di chirurgia demolitiva è compresa la ricostruzione plastica mammaria (escluse protesi). L'intervento chirurgico di posizionamento o sostituzione di protesi mammaria è riconosciuto solo a seguito di chirurgia demolitiva per neoplasia. Sono escluse le prestazioni con finalità estetiche.</i>	
	MASTECTOMIA RADICALE, QUALSIASI TECNICA, CON LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	MASTECTOMIA SEMPLICE TOTALE CON EVENTUALI LINFOADENECTOMIE
	MASTECTOMIA SOTTOCUTANEA
	QUADRANTECTOMIA CON RICERCA ED ASPORTAZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA E LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	QUADRANTECTOMIA CON RICERCA ED ASPORTAZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA (COMPRESA PRESTAZIONE DEL MEDICO NUCLEARE/RADIOLOGO), SENZA ALTRE LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	QUADRANTECTOMIA SENZA LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	TUMORECTOMIA O QUADRANTECTOMIA CON RESEZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA E LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
<b>Chirurgia generale</b>	
<b>Interventi chirurgici minori</b>	
<i>Tumori superficiali: neoformazioni soprafasciali. Tumori profondi: neoformazioni sottofasciali. Tumori profondi extracavitari: tumore del muscolo scheletrico, tumore o lesione similtumorale fibrosa.</i>	
	TUMORE PROFONDO MALIGNO TRONCO/ARTI, ASPORTAZIONE DI
<b>Collo</b>	
	PARATIROIDI - TRATTAMENTO COMPLETO, INTERVENTO SULLE
	PARATIROIDI, REINTERVENTI
	TIROIDECTOMIA TOTALE, O TOTALIZZAZIONE DI TIROIDECTOMIA, QUALSIASI VIA DI ACCESSO, SENZA SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE



# 1- RICOVERO PER I GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI – 10 EURO

*Handwritten initials and marks at the top right of the page.*

Descrizione	Condizioni del rimborso
Massimo Rimborso per anno/Assistito	50.000 euro
Massimo rimborso per evento	25,000 euro
Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio)	Nessuno scoperto in caso di utilizzo di rete convenzionata  Applicazione franchigia del 20% fuori rete
Diritti di sala operatoria	
Materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento (endoprotesi)	
Assistenza medica e infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero	
Retta di degenza (non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie)	Retta di degenza fino a 250 euro al giorno
Retta per l'accompagnatore (in istituto di cura, o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera)	Retta accompagnatore fino a 45 euro al giorno max -30 giorni per ricovero
Assistenza infermieristica individuale privata	Fino a 50 euro al giorno – max 30 giorni per ricovero
Viaggio e trasporto dell'assistito e di un accompagnatore da e all'Istituto di Cura e da un Istituto di Cura all'altro (Il trasporto è rimborsabile se effettuato con il mezzo di trasporto più idoneo)	Scoperto 20% - max rimborsabile 750 euro per ricovero
Visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero nonché prestazioni sanitarie nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero stesso (visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni chirurgiche e infermieristiche, terapie), purché correlate all'intervento..  In tale ambito si intendono compresi i ricoveri per cure, accertamenti ed interventi preparatori all'intervento principale o da questo resi necessari e comunque a esso connessi	Max Rimborso per anno/assistito 1.600 euro  Max Rimborso per evento 750 euro  Nelle strutture convenzionate scoperto 15%  Fuori strutture convenzionate scoperto 40%

Nel caso di trapianto d'organi o parte di essi all'Assistito saranno corrisposte anche:

- le spese relative al prelievo sul donatore comprese quelle per il trasporto dell'organo;
- le spese effettuate durante il ricovero del donatore (nel caso di donazione da vivente).

Per il dettaglio dei Grandi Interventi Chirurgici si rinvia all'elenco disponibile in allegato.

*Handwritten initials 'ASC'.*

*Handwritten initials 'AMU'.*



## 2 – INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER I GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI – 10 EURO

*[Handwritten initials]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

Descrizione	Condizioni del rimborso
Indennità sostitutiva per i Grandi Interventi Chirurgici, applicabile se l'assistito non richiede alcun rimborso né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa	Fino a 60 euro al giorno per ogni giorno di ricovero con pernottamento  Max 30 giorni per ciascun ricovero

*[Handwritten initials]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

### 3 – DIAGNOSTICA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE – 10 EURO

*Handwritten signatures and initials in the top right corner.*

Elenco diagnostica di Alta Specializzazione

Per usufruire della garanzia in oggetto è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.


*Handwritten signatures and initials on the left side of the page.*

ALTA SPECIALIZZAZIONE	
<b>DIAGNOSTICA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE</b>	
<b>Angiografia</b>	
	ANGIOGRAFIA CAROTIDEA O VERTEBRALE INTRACRANIO
	ANGIOGRAFIA MIDOLLARE (1 DISTRETTO)
	ANGIOGRAFIA MIDOLLARE (2 DISTRETTI)
	ANGIOGRAFIA MIDOLLARE (3 DISTRETTI O COMPLETA)
	ARTERIOGRAFIA AORTA ADDOMINALE O AORTA TORACICA
	ARTERIOGRAFIA AORTO ADDOMINALE + ARTERIOGRAFIA SELETTIVA
	ARTERIOGRAFIA AORTO ADDOMINALE + ILIACA ED ARTI INFERIORI
	ARTERIOGRAFIA ARCO AORTICO E VASI EPIAORTICI
	ARTERIOGRAFIA ARCO AORTICO, VASI EPIAORTICI E AORTA TORACICA (COMPRESI ARTI SUPERIORI)
	ARTERIOGRAFIA ARTO INFERIORE MONOLATERALE (UNICO ESAME)
	ARTERIOGRAFIA ILIACA E ARTERIE FEMORALI COMPRESI ARTI INFERIORI
	ARTERIOGRAFIA POLMONARE
	ARTERIOGRAFIA POLMONARE E CAVOGRAFIA
	ARTERIOGRAFIA TOTAL BODY DELL'AORTA (DISTRETTO SOPRAORTICO-TORACICA-ADDOMINALE)
	CAVOGRAFIA INFERIORE O SUPERIORE
	CONTROLLO TIPS
	FLEBOGRAFIA ARTI SUPERIORI E CAVOGRAFIA
	FLEBOGRAFIA ARTI SUPERIORI O INFERIORI
	FLEBOGRAFIA DELL'ORBITA
	FLEBOGRAFIA DI UN ARTO
	FLEBOGRAFIA OVARICA MONOLATERALE
	FLEBOGRAFIA OVARICA BILATERALE
	FLEBOGRAFIA SPERMATICA MONOLATERALE
	FLEBOGRAFIA SPERMATICA BILATERALE
	FLEBOGRAFIA SPINALE
	LINFOGRAFIA
	PANANGIOGRAFIA CEREBRALE
<b>Risonanza Magnetica Nucleare</b>	
	USO DI QUALSIASI MEZZO DI CONTRASTO
	ANGIO R.M. (QUALSIASI DISTRETTO VASCOLARE - A DISTRETTO)
	ATM MONOLATERALE
	CINE R.M. COME STUDIO FUNZIONALE DI ARTICOLAZIONI
	COLANGIO E/O WIRSUNG RMN
	R.M. ADDOME SUPERIORE E INFERIORE - PELVI
	R.M. ADDOME SUPERIORE O INFERIORE - PELVI
	R.M. ARTICOLAZIONE ED 1 SEGMENTO OSSEO (GINOCCHIO - SPALLA - GOMITO - COLLO PIEDE - ETC.)
	R.M. OGNI ARTICOLAZIONE E SEGMENTO OSSEO OLTRE AL PRIMO
	R.M. BACINO O COLLO O LARINGE O FARINGE O CRANIO O IPOFISI O NERVI ACUSTICI O MAMMELLA BILATERALE O MASSICCIO FACCIALE O TORACE E MEDIASTINO
	R.M. CUORE
	R.M. RACHIDE E MIDOLLO SPINALE (1 TRATTO)

*Handwritten signatures and initials on the right side of the page.*

### 3 – DIAGNOSTICA ALTA SPECIALIZZAZIONE – 10 EURO

Descrizione	Condizioni del rimborso
Massimo Rimborso per anno/Assistito	1.000 euro
Rimborso per assistito in strutture convenzionate	Quota a carico assistito di 35 euro*
Rimborso per assistito fuori strutture convenzionate	Scoperto 50% minimo non indennizzabile di 80 euro per accertamento diagnostico o ciclo di terapia

 \*N.B. Si specifica che nel calcolo del plafond disponibile (cosiddetto massimo rimborso) concorre l'importo fatturato nella prestazione: nel caso in esame l'esaurimento del plafond potrebbe ad esempio avvenire dopo 4 prestazioni da 250 euro ognuna.

## 4 – VISITE SPECIALISTICHE AMBULATORIALI – 10 EURO

*Handwritten signatures and initials at the top right of the page.*

Descrizione	Condizioni del rimborso
Massimo rimborso per anno/assistito	400 euro
Prestazione	Quota a carico assistito di 35 euro* nel caso di utilizzo di rete convenzionata Altrimenti massimo rimborso di 40 euro per prestazione

*Handwritten mark on the left side of the text.*  
**\*N.B. Si specifica che nel calcolo del plafond disponibile (cosiddetto massimo rimborso) concorre l'importo fatturato nella prestazione: nel caso in esame l'esaurimento del plafond potrebbe ad esempio avvenire dopo 4 prestazioni da 100 euro ognuna.**

*Handwritten signature 'CSE' below the text.*

*Handwritten signature below the text.*

*Handwritten signature below the text.*

## 5 – MAMMA E BAMBINO – 10 EURO

*zf*      *pa*      *@*

Descrizione	Condizioni del rimborso
<b>ACCERTAMENTI PRE PARTO</b>	
Massimo Rimborso per anno/assistito per Ecografie effettuate durante la gravidanza (comprovata da idonea certificazione medica)	250 euro
<b>Quote di rimborso (per ecografie)</b>	
Nelle strutture sanitarie convenzionate	Scoperto 30% minimo non indennizzabile 25 euro a prestazione
Fuori dalle strutture sanitarie convenzionate (o personale non convenzionato)	Scoperto 50%; minimo non indennizzabile 25 euro a prestazione
<b>INDENNITA' SOSTITUTIVA PER IL PARTO</b>	
Indennità sostitutiva Ricovero Parto solo in SSN	Fino a 25 euro al giorno per ogni giorno di ricovero – max 7 giorni
<b>NEONATO</b>	
Spese per interventi effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta per l'accompagnatore per il periodo del ricovero	Fino a 2.250 euro all'anno per assistito

*(C)*

*1*

*JP*

*CSC*

*AS*

*ARU*

## 6- PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE E ONCOLOGICA – 10 EURO (SOLO RETE CONVENZIONATA)

*BO*

*gh*

*Ⓢ*

*Ⓢ*

*PS*

*nu*

*CH*  
*Ⓢ*

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE-ONCOLOGICA	
Uomo (in unica soluzione una volta ogni 3 anni per età maggiore di 45 anni)	
E.C.G. DI BASE	
ECOGRAFIA PROSTATICA E VESCICALE SOVRAPUBICA	
ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)	
EMOCROMOCITOMETRICO E MORFOLOGICO (HB,GR,GB, PIASTRINE, INDICI ERITROCITARI DER.F.L.)	
VELOCITÀ DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE	
GLICEMIA	
AZOTEMIA	
CREATININEMIA	
COLESTEROLO HDL E LDL	
COLESTEROLO TOTALE O COLESTEROLEMIA	
TRANSAMINASI GLUTAMMICO OSSALACETICA (GOT) E GLUTAMMICO PIRUVICA (GPT)	
URINE, ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO COMPLETO	
Donna (in unica soluzione una volta ogni 3 anni per età maggiore di 45 anni)	
E.C.G. DI BASE	
MAMMOGRAFIA BILATERALE	
CITOLOGICO PER DIAGNOSTICA TUMORALE (PAP TEST) O CITOLOGICO ENDOCERVICALE E STRISCIO BATTERIOLOGICO VAGINALE	
EMOCROMOCITOMETRICO E MORFOLOGICO (HB,GR,GB, PIASTRINE, INDICI ERITROCITARI DER.F.L.)	
VELOCITÀ DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE	
GLICEMIA	
AZOTEMIA	
CREATININEMIA	
COLESTEROLO HDL E LDL	
COLESTEROLO TOTALE O COLESTEROLEMIA	
TRANSAMINASI GLUTAMMICO OSSALACETICA (GOT) E GLUTAMMICO PIRUVICA (GPT)	
URINE, ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO COMPLETO	

Le prestazioni di tale garanzia sono riconoscibili ogni 3 anni per Assistito/a con età superiore a 45 anni.

## 6- PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE E ONCOLOGICA – 10 EURO (SOLO RETE CONVENZIONATA)

*BB*

*SL*

Descrizione	Condizioni del rimborso
Massimo rimborso per assistito	150 euro
Quote di rimborso	Scoperto 15% minimo non indennizzabile 25 euro

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*

*CSC*

*[Signature]*



# 7 - GARANZIE ODONTOIATRICHE – 10 EURO (SOLO RETE CONVENZIONATA)

*BOE*  
*lo*

Tipologia Prestazioni		Franchigia
Diagnosi e Prevenzione	2 visite l'anno	35
	2 RX endorali l'anno	
	Prima ablazione tartaro annuale	
	Seconda ablazione tartaro annuale	
Emergenza Odontoiatrica	! visita di emergenza con eventuale prescrizione di terapia medica	0
	1 RX endorale	0
	1 Trattamento di pronto soccorso	0
	1 otturazione/ricostruzione temporanea	0
Conservativa	2 otturazioni gratuite l'anno	20 20 20
	Otturazione 1 superfice	
	Otturazione 2 superfici	
	Otturazione 3 superfici	

*CF*

*Cfe*

*zif*

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Handwritten signatures]*

2

Contributo aziendale annuo pari a 150 euro – 12,5 euro mese -

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

# 1- RICOVERO PER I GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI – 12,5 EURO

*[Handwritten initials]*

Descrizione	Condizioni del rimborso
Massimo Rimborso per anno/Assistito	75.000 euro
Massimo rimborso per evento	50.000 euro
Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio)	100% Rimborsabile nei limiti del massimale, in caso di utilizzo delle strutture convenzionate; altrimenti scoperto del 20%
Diritti di sala operatoria	
Materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento (endoprotesi)	
Assistenza medica e infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero	
Retta di degenza (non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie)	Retta di degenza fino a 300 euro al giorno
Retta per l'accompagnatore (in istituto di cura, o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera)	Retta accompagnatore fino a 55 euro al giorno max -30 giorni per ricovero
Assistenza infermieristica individuale privata	Fino a 50 euro al giorno – max 30 giorni per ricovero
Viaggio e trasporto dell'assistito e di un accompagnatore da e all'Istituto di Cura e da un Istituto di Cura all'altro (Il trasporto è rimborsabile se effettuato con il mezzo di trasporto più idoneo)	Scoperto 20% - max rimborsabile 750 euro per ricovero
Visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero nonché prestazioni sanitarie nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero stesso (visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni chirurgiche e infermieristiche, terapie), purché correlate all'intervento..	Max Rimborso per anno/assistito 1.850 euro Max Rimborso per evento 850 euro
In tale ambito si intendono compresi i ricoveri per cure, accertamenti ed interventi preparatori all'intervento principale o da questo resi necessari e comunque a esso connessi	Nelle strutture convenzionate scoperto 15% Fuori strutture convenzionate scoperto 40%

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten marks]*

Nel caso di trapianto d'organi o parte di essi all'Assistito saranno corrisposte anche:

- le spese relative al prelievo sul donatore comprese quelle per il trasporto dell'organo;
- le spese effettuate durante il ricovero del donatore (nel caso di donazione da vivente).

Per il dettaglio dei Grandi Interventi Chirurgici si rinvia all'elenco disponibile in allegato.

*[Handwritten initials]*

## 2 – INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER I GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI – 12,5 EURO

*BO*

*CAF*

*P*

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*

*CSE*

*[Signature]*

Descrizione	Condizioni del rimborso
Indennità sostitutiva per i Grandi Interventi Chirurgici, applicabile se l'assistito non richiede alcun rimborso né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa	Fino a 100 euro al giorno per ogni giorno di ricovero con pernottamento  Max 30 giorni per ciascun ricovero

### 3 – DIAGNOSTICA ALTA SPECIALIZZAZIONE – 12,5 EURO

*BO* *Q*

*4/*

Descrizione	Condizioni del rimborso
Massimo rimborso per anno/assistito	1.750 euro
In strutture convenzionate	Franchigia di 25 euro
Fuori strutture convenzionate	Scoperto 50% minimo non indennizzabile di 80 euro

*Q*

*Q*

*Q*

*Q*

**N.B. Si specifica che nel calcolo del plafond disponibile (cosiddetto massimo rimborso) concorre l'importo fatturato nella prestazione: nel caso in esame l'esaurimento del plafond potrebbe ad esempio avvenire dopo 10 prestazioni da 175 euro ognuna.**

*Q*

*CR*

## 4 – VISITE SPECIALISTICHE AMBULATORIALI – 12,5 EURO

*BO S*

*bf*

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*

*che*

Descrizione	Condizioni del rimborso
Massimo rimborso per anno/assistito	600 euro
Massimi rimborso per visita specialistica	Quota a carico assistito di 25 euro* in caso di utilizzo della rete convenzionata;  altrimenti massimo rimborso previsto per ogni visita 40 euro

\*N.B. Si specifica che nel calcolo del plafond disponibile (cosiddetto massimo rimborso) concorre l'importo fatturato nella prestazione: nel caso in esame l'esaurimento del plafond potrebbe ad esempio avvenire dopo 4 prestazioni da 150 euro ognuna.

## 5 – MAMMA E BAMBINO – 12,5 EURO

*4/1* *BO* *8*

Descrizione	Condizioni del rimborso
<b>ACCERTAMENTI PRE PARTO</b>	
Massimo Rimborso per anno/assistito per Ecografie effettuate durante la gravidanza (comprovata da idonea certificazione medica)	300 euro
<b>Quote di rimborso (per ecografie)</b>	
Nelle strutture sanitarie convenzionate	Scoperto 30% minimo non indennizzabile 25 euro a prestazione
Fuori dalle strutture sanitarie convenzionate (o personale non convenzionato)	Scoperto 50%; minimo non indennizzabile 25 euro a prestazione
<b>INDENNITA' SOSTITUTIVA PER IL PARTO</b>	
Indennità sostitutiva Ricovero Parto solo in SSN	Fino a 35 euro al giorno per ogni giorno di ricovero – max 7 giorni
<b>NEONATO</b>	
Spese per interventi effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta per l'accompagnatore per il periodo del ricovero	Fino a 2.500 euro all'anno per assistito

*8*  
*8*

*CSE*

*8/2* *8/2*



## 6- PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE E ONCOLOGICA – 12.5 EURO (SOLO RETE CONVENZIONATA)

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE-ONCOLOGICA	
Uomo (in unica soluzione una volta ogni 3 anni per età maggiore di 45 anni)	
E.C.G. DI BASE	
ECOGRAFIA PROSTATICA E VESCICALE SOVRAPUBICA	
ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)	
EMOCROMOCITOMETRICO E MORFOLOGICO (HB,GR,GB, PIASTRINE, INDICI ERITROCITARI DER.F.L.)	
VELOCITÀ DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE	
GLICEMIA	
AZOTEMIA	
CREATININEMIA	
COLESTEROLO HDL E LDL	
COLESTEROLO TOTALE O COLESTEROLEMIA	
TRANSAMINASI GLUTAMMICO OSSALACETICA (GOT) E GLUTAMMICO PIRUVICA (GPT)	
URINE, ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO COMPLETO	
Donna (in unica soluzione una volta ogni 3 anni per età maggiore di 45 anni)	
E.C.G. DI BASE	
MAMMOGRAFIA BILATERALE	
CITOLOGICO PER DIAGNOSTICA TUMORALE (PAP TEST) O CITOLOGICO ENDOCERVICALE E STRISCIO BATTERIOLOGICO VAGINALE	
EMOCROMOCITOMETRICO E MORFOLOGICO (HB,GR,GB, PIASTRINE, INDICI ERITROCITARI DER.F.L.)	
VELOCITÀ DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE	
GLICEMIA	
AZOTEMIA	
CREATININEMIA	
COLESTEROLO HDL E LDL	
COLESTEROLO TOTALE O COLESTEROLEMIA	
TRANSAMINASI GLUTAMMICO OSSALACETICA (GOT) E GLUTAMMICO PIRUVICA (GPT)	
URINE, ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO COMPLETO	

Le prestazioni di tale garanzia sono riconoscibili ogni 3 anni per Assistito/a con età superiore a 45 anni.

## 6- PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE E ONCOLOGICA – 12,5 EURO (SOLO RETE CONVENZIONATA)

*fo*  
*o*

*W*  
*o*  
*o*

*o*

*o*

Descrizione	Condizioni del rimborso
Massimo rimborso per assistito	150 euro
Quote di rimborso	Franchigia 10% minimo non indennizzabile 25 euro

*o*

*o*

# 7 - GARANZIE ODONTOIATRICHE – 12,5 EURO (SOLO RETE CONVENZIONATA)

*Handwritten initials/signature*

Tipologia Prestazioni		Franchigia
Diagnosi e Prevenzione	2 visite l'anno	35
	2 RX endorali l'anno	
	Prima ablazione tartaro annuale	
	Seconda ablazione tartaro annuale	
Emergenza Odontoiatrica	! visita di emergenza con eventuale prescrizione di terapia medica	0
	1 RX endorale	0
	1 Trattamento di pronto soccorso	0
	1 otturazione/ricostruzione temporanea	0
Conservativa	2 otturazioni gratuite l'anno	0 10 10
	Otturazione 1 superfice	
	Otturazione 2 superfici	
	Otturazione 3 superfici	

*Handwritten initials/signature*

*Handwritten signature*

*Handwritten initials/signature*

*Handwritten initials/signature*

# TERZA IPOTESI DI PIANO SANITARIO BASE

*BO*

*af*

*Putz.* *af*  
*[Signature]*

**3** Contributo aziendale annuo pari a 180 euro – 15,0 euro mese -

*CSE*

*AMY*

# 1- RICOVERO PER I GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI – 15 EURO

Descrizione	Condizioni del rimborso
Massimo Rimborso per anno/Assistito	100.000 euro
Massimo rimborso per evento	100.000 euro
Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio)	Rimborsabile al 100% nei limiti del massimale se effettuato nella rete convenzionata  Altrimenti scoperto 20%
Diritti di sala operatoria	
Materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento (endoprotesi)	
Assistenza medica e infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero	
Retta di degenza (non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie)	Retta di degenza fino a 350 euro al giorno
Retta per l'accompagnatore (in istituto di cura, o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera)	Retta accompagnatore fino a 80 euro al giorno max -30 giorni per ricovero
Assistenza infermieristica individuale privata	Fino a 65 euro al giorno – max 30 giorni per ricovero
Viaggio e trasporto dell'assistito e di un accompagnatore da e all'Istituto di Cura e da un Istituto di Cura all'altro (Il trasporto è rimborsabile se effettuato con il mezzo di trasporto più idoneo)	Scoperto 15% - max rimborsabile 1.100 euro per ricovero
Visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero nonché prestazioni sanitarie nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero stesso (visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni chirurgiche e infermieristiche, terapie), purché correlate all'intervento.	Max Rimborso per anno/assistito 3,500 euro  Max Rimborso per evento 1.000 euro  Nelle strutture convenzionate scoperto 0%
In tale ambito si intendono compresi i ricoveri per cure, accertamenti ed interventi preparatori all'intervento principale o da questo resi necessari e comunque a esso connessi	Fuori strutture convenzionate scoperto 40%

Nel caso di trapianto d'organi o parte di essi all'Assistito saranno corrisposte anche:

- le spese relative al prelievo sul donatore comprese quelle per il trasporto dell'organo;
- le spese effettuate durante il ricovero del donatore (nel caso di donazione da vivente).

Per il dettaglio dei Grandi Interventi Chirurgici si rinvia all'elenco disponibile in allegato.

## 2 – INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER I GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI – 15 EURO

*BB* *Q*

*bf*

*[Signature]*

Descrizione	Condizioni del rimborso
Indennità sostitutiva per i Grandi Interventi Chirurgici, applicabile se l'assistito non richiede alcun rimborso né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa	Fino a 130 euro al giorno per ogni giorno di ricovero con pernottamento  Max 60 giorni per ciascun ricovero

*[Signature]*

*CSC*

*[Signature]*

*AM*

# GARANZIA ALTA DIAGNOSTICA: IPOTESI 15 EURO MESE

*th*

*PD*

*d*

Descrizione	Condizioni del rimborso
Massimo rimborso per anno/assistito	3,000 euro
In strutture convenzionate	Quota a carico assistito di 25 euro per prestazione
Fuori strutture convenzionate	Scoperto 50% minimo non indennizzabile di 80 euro per accertamento diagnostico o ciclo di terapia

N.B. Si specifica che nel calcolo del plafond disponibile (cosiddetto massimo rimborso) concorre l'importo fatturato nella prestazione: nel caso in esame l'esaurimento del plafond potrebbe ad esempio avvenire dopo 10 prestazioni da 300 euro ognuna.

*Cse*

*[Signature]*

*[Signature]*



## 4 – VISITE SPECIALISTICHE AMBULATORIALI – 15 €

*top ASD*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

Descrizione	Condizioni del rimborso
Massimo rimborso per anno/assistito	1.000 euro
Rimborso per visita specialistica	Quota a carico assistito di 25 euro* a prestazione in caso di utilizzo di rete convenzionata  Rimborso massimo di 50 euro a prestazione in caso di utilizzo di strutture fuori rete

*[Handwritten mark]*

\*N.B. Si specifica che nel calcolo del plafond disponibile (cosiddetto massimo rimborso) concorre l'importo fatturato nella prestazione: nel caso in esame l'esaurimento del plafond potrebbe ad esempio avvenire dopo 4 prestazioni da 250 euro ognuna.

*[Handwritten signature]*

*CSC*

*Amu*

## 5 – MAMMA E BAMBINO – 15 EURO

*sf* *AD* *d*

Descrizione	Condizioni del rimborso
<b>ACCERTAMENTI PRE PARTO</b>	
Massimo Rimborso per anno/assistito per Ecografie effettuate durante la gravidanza (comprovata da idonea certificazione medica)	400 euro
<b>Quote di rimborso (per ecografie)</b>	
Nelle strutture sanitarie convenzionate	Scoperto 30% minimo non indennizzabile 25 euro a prestazione
Fuori dalle strutture sanitarie convenzionate (o personale non convenzionato)	Scoperto 50%; minimo non indennizzabile 25 euro a prestazione
<b>INDENNITA' SOSTITUTIVA PER IL PARTO</b>	
Indennità sostitutiva Ricovero Parto solo in SSN	Fino a 50 euro al giorno per ogni giorno di ricovero – max 7 giorni
<b>NEONATO</b>	
Spese per interventi effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta per l'accompagnatore per il periodo del ricovero	Fino a 5.000 euro all'anno per assistito

*Q*

*Q*  
*Q*

*ccc*

*Aut.*

*ATU*

## 6- PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE E ONCOLOGICA – 15 EURO (SOLO IN RETE CONVENZIONATA)

BO 8

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE-ONCOLOGICA	
Uomo (in unica soluzione una volta ogni 2 anni per età maggiore di 45 anni)	
	E.C.G. DI BASE
	ECOGRAFIA PROSTATICA E VESCICALE SOVRAPUBICA
	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)
	EMOCROMOCITOMETRICO E MORFOLOGICO (HB,GR,GB, PIASTRINE, INDICI ERITROCITARI DER.F.L.)
	VELOCITÀ DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE
	GLICEMIA
	AZOTEMIA
	CREATININEMIA
	COLESTEROLO HDL E LDL
	COLESTEROLO TOTALE O COLESTEROLEMIA
	TRANSAMINASI GLUTAMMICO OSSALACETICA (GOT) E GLUTAMMICO PIRUVICA (GPT)
	URINE, ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO COMPLETO
Donna (in unica soluzione una volta ogni 2 anni per età maggiore di 45 anni)	
	E.C.G. DI BASE
	MAMMOGRAFIA BILATERALE
	CITOLOGICO PER DIAGNOSTICA TUMORALE (PAP TEST) O CITOLOGICO ENDOCERVICALE E STRISCIO BATTERIOLOGICO VAGINALE
	EMOCROMOCITOMETRICO E MORFOLOGICO (HB,GR,GB, PIASTRINE, INDICI ERITROCITARI DER.F.L.)
	VELOCITÀ DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE
	GLICEMIA
	AZOTEMIA
	CREATININEMIA
	COLESTEROLO HDL E LDL
	COLESTEROLO TOTALE O COLESTEROLEMIA
	TRANSAMINASI GLUTAMMICO OSSALACETICA (GOT) E GLUTAMMICO PIRUVICA (GPT)
	URINE, ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO COMPLETO

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*

Le prestazioni di tale garanzia sono riconoscibili ogni 2 anni per Assistito/a con età superiore a 45 anni.

## 6- PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE E ONCOLOGICA – 15 EURO (SOLO IN RETE CONVENZIONATA)

*[Handwritten initials]*

Descrizione	Condizioni del rimborso
Massimo rimborso per assistito	150 euro
Quota di rimborso	100%

*[Handwritten initials]*  
*[Handwritten initials]*  
*[Handwritten initials]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten initials]* *[Handwritten initials]*

*[Handwritten initials]*

# 7 - GARANZIE ODONTOIATRICHE – 15 EURO

*BO*

*ES*

*CSC*

Tipologia Prestazioni		Franchigia
Diagnosi e Prevenzione	2 visite l'anno	35
	2 RX endorali l'anno	
	Prima ablazione tartaro annuale	
	Seconda ablazione tartaro annuale	
Emergenza Odontoiatrica	! visita di emergenza con eventuale prescrizione di terapia medica	0
	1 RX endorale	0
	1 Trattamento di pronto soccorso	0
	1 otturazione/ricostruzione temporanea	0
Conservativa	2 otturazioni gratuite l'anno	
	Otturazione 1 superfice	0
	Otturazione 2 superfici	10
	Otturazione 3 superfici	10

*bh*

*9*

*8*

*Am*

*Amey*

# GARANZIE ODONTOIATRICHE – 15 EURO

*BO* *H*

Tipologia Prestazioni		Franchigia
Endonzia	Cura Canalare Completa 1 canale, compresa qualsiasi tipo di otturazione compresa la ricostruzione coronale pre-endodontica, comprese RX endorali Idem a 2, 3 o più canali	Una volta ad anno una delle prestazioni elencate
	Pulpotomia e otturazione camera pulpare per qualsiasi numero di canali – ad elemento -	
	Ritrattamento Endodontico per canale	
Estrazione Dente		Una volta l'anno

*S*

*SK*  
*[Signature]*

*Anna*

*CSC*

# LE COPERTURE SANITARIE FACOLTATIVE – IPOTESI PLUS 10,25 EURO AL MESE

*BO*  
*BO*

*64*

*S*

**1**

12.000 euro di rendita annua pagata per tutta la vita in caso di non autosufficienza

**2**

Ticket Sanitari per accertamenti diagnostici e di pronto soccorso  
Max 35 euro di rimborso  
Max 300 euro l'anno per assistito

**3**

10.000 euro di capitale fisso pagato alla diagnosi di una grave malattia (tumore, infarto, ictus)

**4**

30.000 euro di capitale pagato nel caso di decesso da malattia o infortunio

*1*  
*2*  
*3*  
*4*

*Cre*

*Amor.*

*Amor.*



BE B

---

## SCHEMA DI COSTO MENSILE IN € IN BUSTA PAGA PER LE DIVERSE SCELTE DEL DIPENDENTE

LGH

Piano da 10€	Base	Plus
Solo Dipendente	0	10,25
Dipendente e Famiglia	15	40,625

Piano da 12,5€	Base	Plus
Solo Dipendente	0	10,25
Dipendente e Famiglia	18,75	44,375

Piano da 15€	Base	Plus
Solo Dipendente	0	10,25
Dipendente e Famiglia	22,5	48,125

L

C/C

~~BE~~

N.B. L'estensione delle garanzie della copertura prescelta dal dipendente, prevede un costo, a suo totale carico, pari ad 1,5 volte quello della combinazione prescelta, indipendentemente dal numero di componenti del nucleo familiare. Per esempio, nel caso che a livello di sistema si scegliesse il piano da 10 euro, il singolo dipendente che volesse anche la copertura plus pagherebbe mensilmente solo 10,25 euro perché la componente base è tutta versata dall'Azienda. Se poi volesse anche estendere questo pacchetto «base + plus» al suo nucleo familiare il costo per il solo nucleo sarebbe:  $(10 + 10,25) * 1,5 = 30,375$  €. Tale cifra, unitamente ai 10,25 € ( di propria quota plus) determina, appunto, il valore espresso in tabella

Pm