



**IL FONDO
PER L'ASSISTENZA
SANITARIA
INTEGRATIVA**

PIANO SANITARIO

Cisl

GUIDA

al Piano Sanitario
Iscritti Fondo Arcobaleno

**PIANO
SANITARIO**
Cisl



INDICE

- Le prestazioni del Piano Sanitario Cisl **5**
- Il modulo di rimborso **16**
- Elenco grandi interventi chirurgici **21**
- Scheda anamnestica odontoiatrica **23**
- Tabella rimborsi **25**



Questa guida intende offrire un supporto per la comprensione e l'utilizzo del piano sanitario: la preghiamo di attenersi scrupolosamente a queste modalità così da poterLa assistere con sollecitudine. Ricordiamo che la guida in nessun caso può sostituire il contratto, del quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali. Per un esauriente riferimento consigliamo di rivolgersi direttamente a: FONDO SANITARIO ARCOBALENO tel 041.5330802 o al numero verde 800.994884.

FONDO ARCOBALENO eroga senza fini di lucro servizi di assistenza sanitaria integrativa rispetto alle prestazioni attualmente previste dal Servizio Sanitario Nazionale, ai propri Iscritti e agli eventuali familiari, per le spese sostenute in caso di:

- ricovero in istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico a seguito di malattia e infortunio;
- diaria da ricovero diverso da Grande Intervento Chirurgico (compreso il parto);
- diaria per day-hospital medico e chirurgico;
- diaria per intervento chirurgico ambulatoriale;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche, accertamenti diagnostici e pronto soccorso;
- assistenza infermieristica domiciliare da ricovero;
- ticket per gravidanza;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio e malattia;
- ticket per trattamenti fisioterapici riabilitativi;
- protesi ortopediche e acustiche;
- cure dentarie da infortunio;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- odontoiatria/ortodonzia;
- prestazioni di implantologia;
- prestazioni diagnostiche particolari (prestazione operante per il solo Titolare);
- servizi di consulenza.

Hanno diritto alle prestazioni tutti coloro che, compilando il modulo di Adesione e in accordo con il Regolamento in vigore, siano iscritti al Fondo Sanitario Arcobaleno.

E' possibile inoltre estendere la copertura anche ai propri familiari, intesi come coniuge, convivente "more uxorio" e i figli tutti risultanti dalla dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia, compilando la relativa Scheda Anagrafica Familiari presente nel sito.

L'estensione è sempre possibile contestualmente all'adesione del lavoratore oppure a scadenza annua, consegnando la Scheda Anagrafica all'azienda entro il 15 dicembre e con successiva decorrenza della copertura dal 01 gennaio di ogni anno.

In corso d'anno l'inserimento di nuovi familiari è possibile soltanto in seguito a variazione dello stato famiglia ed entro 30 giorni da questo; in caso di disdetta o dimissione dell'Iscritto, anche il relativo nucleo dovrà essere escluso dall'assistenza sanitaria.

Per tutto ciò che non è presente in questa Guida si rimanda al Regolamento in vigore consultabile nel nostro sito.



LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO



RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Fondo Arcobaleno provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni relative agli interventi elencati nella sezione "Elenco grandi interventi chirurgici":

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con Fondo Arcobaleno attraverso Previmedical, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 200,00 al giorno.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con Fondo Arcobaleno attraverso Previmedical, la garanzia è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

g) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.



TRASPORTO SANITARIO

Fondo Arcobaleno rimborsa le spese di trasporto dell'Iscritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.000,00 per ricovero.

TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, Fondo Arcobaleno liquidava le spese previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico a seguito di malattia e infortunio" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Strutture sanitarie e personale convenzionato con Fondo Arcobaleno attraverso Pre- vimedical

Le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, nei limiti previsti dai punti indicati.

Strutture sanitarie e personale NON convenzionato con Fondo Arcobaleno attraverso Previmedical

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Iscritto con uno scoperto del 25% e con il minimo non indennizzabile di € 1.500,00 nei limiti previsti dai punti indicati.

Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale verrà attivata una diaria. Qualora l'Iscritto sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, Fondo Arcobaleno rimborserà integralmente quanto anticipato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta alcuna diaria per le notti di ricovero.

Qualora l'Iscritto non richieda alcun rimborso al Fondo né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.

La disponibilità annua per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 75.000,00 per nucleo familiare.



DIARIA PER RICOVERI DIVERSI DAL GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di ricovero in Istituto di Cura diverso dal Grande Intervento Chirurgico, compreso il parto, l'Isritto avrà diritto a un'indennità di € 75,00 per ogni notte di ricovero per un periodo non superiore a 30 giorni per anno di copertura e nucleo familiare.

DIARIA DA DAY-HOSPITAL

In caso di day-hospital con intervento chirurgico, l'Isritto avrà diritto a un'indennità di € 50,00 per ogni giorno di day-hospital, per un periodo non superiore a 5 giorni per anno di copertura e nucleo familiare.

In caso di day-hospital medico, l'Isritto avrà diritto a un'indennità di € 30,00 per ogni giorno di day-hospital, per un periodo non superiore a 5 giorni per anno di copertura e nucleo familiare.

DIARIA PER INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

In caso di intervento chirurgico ambulatoriale, l'Isritto avrà diritto ad un massimale forfetario pari a € 30,00 per un massimo di due eventi per anno di copertura e nucleo familiare.

OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Fondo Arcobaleno, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologia, tendente al recupero della funzionalità fisica. Il programma medico/riabilitativo verrà concordato con l'Isritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse. La garanzia può essere erogata, nella modalità di rimborso, anche presso strutture sanitarie non convenzionate con il Fondo attraverso Previmedical, previa valutazione del programma medico/riabilitativo suddetto. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% per sinistro.

La disponibilità annua per la garanzia corrisponde a € 4.000,00 per persona.

ALTA SPECIALIZZAZIONE

Trattasi di prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione che richiedono specifiche professionalità del personale, non comuni procedure tecniche e attrezzature ad avanzata tecnologia. Questo piano sanitario include:



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

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

Accertamenti

- Accertamenti endoscopici
- 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

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

Strutture sanitarie e personale convenzionato con Fondo Arcobaleno attraverso Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Strutture sanitarie e personale NON convenzionato con Fondo Arcobaleno attraverso Previmedical

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 30% con un minimo non indennizzabile di € 40,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Servizio Sanitario Nazionale

Fondo Arcobaleno rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto.

La disponibilità annua per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 5.000,00 per nucleo familiare.



VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

Fondo Arcobaleno prevede al rimborso integrale dei ticket sanitari per visite specialistiche e accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale, con l'esclusione delle visite pediatriche e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Il Fondo prevede anche al rimborso integrale dei ticket di pronto soccorso.

La presente garanzia, **esclusivamente per i Soci CISL e riferita esclusivamente al titolare di polizza**, oltre che nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale con rimborso integrale dei ticket sanitari come sopra descritto, è erogabile anche all'interno delle strutture convenzionate attraverso Previmedical limitatamente alle visite specialistiche. In tal caso le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture con applicazione di una franchigia di **€ 30,00 per ogni visita specialistica** che l'Isritto dovrà versare alla struttura sanitaria all'atto della fruizione della prestazione.

La disponibilità annua per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 750,00 per nucleo familiare.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE DA RICOVERO

L'Isritto, in seguito a ricovero della durata di almeno 5 giorni, avrà diritto al rimborso delle spese per assistenza infermieristica domiciliare, effettuata da personale specializzato, nel limite di € 25,00 al giorno per i primi 30 giorni successivi alla data di dimissione, purché debitamente fatturate.

TICKET PER GRAVIDANZA

Con finalità di tutela della maternità, il Fondo prevede al rimborso delle spese per i ticket sanitari, relativi alle seguenti prestazioni:

- Ecografie di controllo;
- Amniocentesi;
- Prelievo Villi Coriali;
- Analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza;
- Visite specialistiche di controllo sull'andamento della gravidanza.

Poiché è prevista una franchigia di € 30,00 ad invio si consiglia, per la gravidanza, di inviare le richieste di rimborso in un'unica soluzione.

La disponibilità annua corrisponde a € 250,00 per anno di copertura e per nucleo familiare.



TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di malattia o infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Sono escluse prestazioni quali linfodrenaggi effettuati per insufficienza venosa mentre è prevista l'agopuntura a fini antalgici. Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Strutture sanitarie e personale convenzionato con Fondo Arcobaleno attraverso Pre- vimedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Strutture sanitarie e personale NON convenzionato con Fondo Arcobaleno attraverso Previmedical

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per fattura.

Servizio Sanitario Nazionale

Fondo Arcobaleno rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto (comprensivi di quota ricetta).

La disponibilità annua prevista per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 300,00 per nucleo familiare.

PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

Il Fondo rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel limite annuo di € 1.000,00 per nucleo familiare.

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20% e con un minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura.

CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

In deroga a quanto previsto dal paragrafo "Limiti delle prestazioni", il Fondo, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, liquida all'Isritto le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di infortunio con le modalità sotto indicate.

Strutture sanitarie e personale convenzionato con Fondo Arcobaleno attraverso Pre- vimedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.



Strutture sanitarie e personale NON convenzionato con Fondo Arcobaleno attraverso Previmedical

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura.

Servizio Sanitario Nazionale

Fondo Arcobaleno rimborsa integralmente i ticket sanitari a Suo carico nel limite dei massimali previsti.

Il massimale annuo previsto per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 750,00 per nucleo familiare.

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

Il Fondo rimborsa all'Isritto le spese sostenute, nel limite complessivo di € 60,00 per una detartrasi (pulizia dei denti) e una visita di prima valutazione da effettuarsi una volta all'anno, presso qualsiasi dentista.

CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE, PROTESI ODONTOIATRICHE E ORTODONZIA

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche, cure odontoiatriche e terapie conservative. In aggiunta a quanto previsto al punto "Prestazioni odontoiatriche particolari", rientrano in garanzia eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche alle cure o alle terapie stesse.

Strutture sanitarie e personale convenzionato con Fondo Arcobaleno attraverso Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Strutture sanitarie e personale NON convenzionato con Fondo Arcobaleno attraverso Previmedical

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 40% per fattura.

Servizio Sanitario Nazionale

Fondo Arcobaleno rimborsa integralmente i ticket sanitari nel limite dei massimali previsti.

CURE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI PRESTAZIONI DI EMERGENZA

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per cure odontoiatriche d'emergenza quali: ascessi, cure dentarie con dolore radicolare, pulpiti.

La patologia che ha richiesto la prestazione di cui sopra e la relativa urgenza, devono essere certificate dal medico odontoiatra che e' intervenuto.

In aggiunta a quanto previsto al punto "Prestazioni odontoiatriche particolari", rientrano in garanzia eventuali visite odontoiatriche e/o rx endorale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche alle cure o alle terapie stesse e si rendano necessarie.

Strutture sanitarie e personale convenzionato con Fondo Arcobaleno attraverso Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dal Fondo



alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Le prestazioni che non dovessero rientrare nel massimale ma che sono comprese nel piano di cura verranno comunque erogate alle tariffe convenzionate.

Strutture sanitarie e personale NON convenzionato con Fondo Arcobaleno attraverso Previmedical

Le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

La disponibilità annua prevista per il complesso delle prestazioni, di cui ai due punti precedenti "Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia" e "cure odontoiatriche a seguito di prestazioni di emergenza", corrisponde a € 100,00 per nucleo familiare.

PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA

Viene prevista un'ulteriore disponibilità di € 1.500,00 per prestazioni di implantologia dentale effettuate nelle strutture convenzionate con Previmedical.

La garanzia opera nel caso di applicazione di un numero minimo di tre impianti previsti dal medesimo piano di cura: in questo massimale sono previsti il posizionamento dell'impianto l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi ai 3 impianti. Ai fini liquidativi, dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (pacchetto Check Up)

Fondo Arcobaleno provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta ogni due anni in strutture sanitarie convenzionate Previmedical e indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Questo pacchetto Check-up, valido esclusivamente per il titolare dell'assistenza sanitaria e non per i familiari cui essa è stata estesa, è nato per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, ed è particolarmente indicato per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per gli uomini

- 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
- PSA



Prestazioni previste per le donne

- 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

INCLUSIONI/ESCLUSIONI

In caso di nuova adesione, l'Isritto entra in copertura dopo 3 mesi dal primo versamento effettuato dall'azienda o dalla struttura sindacale di appartenenza.

In caso di cessazione del rapporto di lavoro o disdetta dell'adesione al Fondo, l'ex-isritto e gli eventuali familiari assistiti verranno esclusi dalla garanzia a decorrere dall'ultimo giorno del mese di comunicazione della dimissione.

LIMITI DELLE PRESTAZIONI

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione della copertura. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito 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'Assistito 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;
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;



10. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;

11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assistito;

12. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;

13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;

14. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

LIMITI DI ETÀ

La copertura può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 70° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di copertura successiva al compimento di tale età; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare la copertura cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il 70° anno di età, la copertura cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Iscritto.

ESTENSIONE TERRITORIALE

Le prestazioni valgono per il mondo intero. Il rimborso delle spese sostenute all'estero avverrà comunque in Italia con pagamento degli indennizzi in euro.

SERVIZIO DI CONSULENZA MEDICA, INFORMAZIONI SANITARIE E RICERCA DEGLI ISTITUTI DI CURA

Qualora l'Iscritto, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi, telefonando ai seguenti numeri dedicati:

- **800.99.48.84 da telefono fisso (numero verde);**
- **199.28.50.05 da telefono cellulare (numero a tariffa agevolata);**
- **0039 041.591.50.49 per chiamate dall'estero.**

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- reperimento di medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale e internazionale;
- centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo;
- medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari (restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Iscritto e il centro in questione e avviando a eventuali problemi di comunicazione e di lingua);
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni;
- preparazione propedeutica a esami diagnostici;
- profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.



MODALITÀ OPERATIVE IN CASO DI RICHIESTA DI RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI

RICHIESTA DI RIMBORSO

Il rimborso deve essere richiesto al Fondo, dall'Isritto o dai suoi aventi diritto, entro due anni.

Per ottenerlo, non appena disponibile tutta la documentazione medica, l'Isritto dovrà compilare in ogni sua parte il Modulo di richiesta di rimborso contenuto nella presente guida e allegare in fotocopia la seguente documentazione giustificativa:

- cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital;
- certificato medico attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie extraospedaliere;
- dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale;
- referto del Pronto Soccorso, in caso di infortunio;
- "scheda anamnestica" redatta dal medico curante sulla base del modello allegato alla presente guida in caso di prestazioni odontoiatriche.

Il modulo e i relativi allegati in fotocopia possono essere trasmessi al seguente indirizzo: **Fondo Sanitario Arcobaleno Via Piave, 7 - 30171 Mestre (VE).**

Le prestazioni suddette devono essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere), corredate da relativa diagnosi (indicazione della patologia o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di Cura o da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi.

Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero/intervento chirurgico ambulatoriale, a esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento cui si riferisce.

Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni.

LA RICHIESTA DI RIMBORSO ON-LINE

In alternativa all'invio cartaceo della richiesta di rimborso, l'Associato, se in possesso dei dati di accesso (login e password), potrà trasmettere on-line dalla propria area riservata, le richieste di rimborso unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza (prot. SSL a 128 bit).

LA RETE CONVENZIONATA

PRESTAZIONI GARANTITE DAL PIANO SANITARIO

Nel caso di prestazioni contemplate dal Piano Sanitario è garantito il pagamento diretto della prestazione alla struttura convenzionata, previa richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa da parte dell'Isritto, con un preavviso di almeno 48 ore lavorative (il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza).

Restano a carico dell'Isritto le sole franchigie e scoperti eventualmente previsti nonché



le prestazioni non garantite dalle convenzioni suddette.

In caso di prestazioni odontoiatriche l'Isritto dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa al fine di attivare la verifica della copertura assicurativa e la conseguente trasmissione della "presa in carico" al centro odontoiatrico.

In occasione del primo sinistro nella struttura sanitaria convenzionata, il dentista provvederà all'effettuazione della prima visita e redigerà la "scheda anamnestica" relativa all'apparato masticatorio dell'Isritto, mentre le eventuali prestazioni necessarie saranno elencate nel piano di cure.

PRIMA DI RICEVERE LA PRESTAZIONE

Per richiedere l'autorizzazione, l'Associato dovrà contattare il numero verde e fornire alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- data della prestazione;
- lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi e/o quesito diagnostico.

L'Isritto, nell'ipotesi in cui l'analisi tecnico-medica compiuta dalla Centrale Operativa abbia avuto esito positivo, riceverà da quest'ultima l'autorizzazione alla prestazione extraospedaliera a mezzo fax o sms o flusso web.

In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, per poter ricevere la prestazione autorizzata, egli dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa e la prescrizione medica.

L'Associato deve comunicare preventivamente alla Centrale Operativa qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata, per il rilascio, esperiti positivamente i controlli amministrativi e tecnico-medici del caso, della relativa autorizzazione.

L'elenco delle strutture convenzionate, la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi prestati e la relativa modulistica sono disponibili sul sito www.fondoarcobaleno.it

PRESTAZIONI GARANTITE DAL PIANO SANITARIO - SERVIZIO "CARD"

Per le prestazioni non coperte dal presente Piano Sanitario, è offerto l'accesso a Strutture Sanitarie convenzionate usufruendo di uno sconto medio compreso tra il 15% ed il 35% rispetto ai prezzi medi registrati a livello nazionale.

Le ricordiamo che in fase di prenotazione della prestazione sanitaria, è consigliato anticipare alla struttura convenzionata prescelta che si è titolari Card Fondo Arcobaleno/Previmedical.

In sede di accesso presso la Struttura Convenzionata, l'Isritto dovrà esibire la tessera personale per poter usufruire delle agevolazioni previste.

L'elenco delle strutture convenzionate, la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi prestati e la relativa modulistica sono disponibili sul sito www.fondoarcobaleno.it

LA PREATTIVAZIONE

L'Associato può anche effettuare la preattivazione con modalità telematiche accedendo alla propria Area Riservata dal sito www.fondoarcobaleno.it avvalendosi della funzionalità interattiva disponibile nella sezione denominata "Richiesta di Autorizzazione Assistenza



Convenzionata On-line”.

L'iscritto deve selezionare l'Associato per il quale intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato.

Effettuata la scelta del soggetto per il quale si intende richiedere la prestazione, l'Associato avrà accesso a una maschera ove poter impostare i criteri di ricerca e individuare la Struttura Sanitaria presso la quale effettuare la prestazione.

Il sistema consente di avviare on-line la procedura di preattivazione mediante compilazione di appositi campi visualizzabili nella sezione denominata “Richiesta assistenza convenzionata on-line”.

A questo punto l'iscritto, premendo il pulsante di conferma, invia alla Centrale Operativa la richiesta di preattivazione.

ALTRI SERVIZI

SERVIZIO “SEGUI LA TUA PRATICA”

È a disposizione il servizio “SEGUI LA TUA PRATICA”; l'iscritto dovrà semplicemente indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso. In questo modo, l'Associato riceverà automaticamente a mezzo SMS tutte le informazioni relative alla propria pratica di liquidazione. Nello specifico:

- avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
- avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso;
- eventuale sospensione della pratica di rimborso, qualora la documentazione risulti incompleta.

SERVIZIO DI CONSULTAZIONE ON-LINE DELLE PROPRIE PRATICHE

Accedendo alla propria Area Riservata dal sito internet **www.fondoarcobaleno.it**, l'iscritto, previa autenticazione, può accedere altresì alla funzionalità di consultazione on-line dello stato di elaborazione della propria pratica di rimborso.



NOTE





