



CONDIZIONI GENERALI DEL PIANO SANITARIO SFERA SALUTE

Art. 1: Adesione al Piano Sanitario

Possono aderire al Piano Sanitario tutti i soci di Primula.

Art. 2: Limiti di età

Non possono beneficiare delle prestazioni previste dal presente Piano Sanitario le persone che al momento della richiesta di adesione al Piano Sanitario abbiano compiuto il 65° anno di vita o che siano affette da alcolismo, tossicodipendenza o sieropositività HIV o sindromi correlate (schizofrenia, psicosi in genere o da infermità mentali determinate da sindromi organiche cerebrali). Resta precisato che, qualora tali condizioni si manifestino successivamente all'adesione al Piano Sanitario, esso cessa indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute del socio - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile - senza obbligo da parte di Primula di corrispondere l'indennizzo.

In caso di cessazione del Piano Sanitario in corso causata dalle summenzionate condizioni, Primula rimborsa al socio, entro 45 giorni dalla cessazione stessa, la parte di quota non goduta.

Art. 3: Oggetto delle prestazioni

Il presente Piano Sanitario garantisce ai soci la copertura delle spese mediche sostenute in caso di malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico.

Il socio può aderire al Piano Sanitario Sfera Salute scegliendo il livello di prestazioni tra i due previsti: Livello 1 o Livello 2

Nella versione più completa (Livello 2) le prestazioni sono operanti – con le modalità e i limiti di seguito indicati – per:

- RICOVERI
- SPESE PRE – POST RICOVERO
- PRESTAZIONI FUORI RICOVERO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE E VISITE SPECIALISTICHE
- AUSILI MEDICI
- CURE DENTARIE
- SPESE OTTICHE
- CURE TERMALI PRESCRITTE

Art. 4: Esclusioni

Le prestazioni previste dal presente Piano Sanitario non sono operanti per le spese relative a:

- a) conseguenze dirette di infortuni, nonché di malattie, malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla data di attivazione del Piano Sanitario, sottaciuti a Primula dal socio con dolo o colpa grave all'atto della richiesta di adesione;
- b) eliminazione o correzione di malformazioni o difetti fisici congeniti, noti e preesistenti all'attivazione del Piano Sanitario, sottaciuti a Primula dal socio con dolo o colpa grave all'atto della richiesta di adesione;
- c) interventi di correzione della miopia;
- d) interventi finalizzati alla rimozione di mezzi di osteosintesi applicati al socio in occasione di interventi precedenti alla data di attivazione del Piano Sanitario;
- e) malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi le nevrosi e i comportamenti nevrotici;
- f) conseguenze di intossicazioni causate da abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- g) check-up clinici;
- h) interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- i) la diagnostica, le terapie e ogni prestazione inerenti a sterilità, impotenza sessuale, fecondazione assistita e artificiale;
- j) prestazioni aventi finalità esclusivamente dietologiche o estetiche (sono però rimborsati gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi chirurgici demolitivi avvenuti durante il periodo di validità del Piano Sanitario);
- k) cure dentarie – salvo quanto previsto dal Livello 2, se scelto - protesi dentarie e gli interventi di ortodonzia;
- l) acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto dall'Art. 24, punto B Ausili medici. Sono invece comprese tutte le protesi applicate durante un intervento chirurgico non escluso dalle prestazioni;
- m) conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- n) conseguenze di infortuni successivi alla data di attivazione del Piano Sanitario, ma derivanti da sport aerei e automobilistici;
- o) degenze dovute alla necessità del socio, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché ricoveri per lunga degenza quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari

- prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- p) degenze in casa di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali, ancorché nell'ambito di istituti di cura;

Art. 5: Effetto, proroga e durata delle prestazioni

Il Piano Sanitario ha durata annuale e decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato nella lettera di conferma di attivazione inviata da Primula ed intestata al socio, sempre che il relativo contributo venga regolarmente corrisposto. Se il socio non paga il contributo al Piano Sanitario, esso si intende sospeso dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore, per le malattie, dalle ore 24.00 del 30° giorno successivo al pagamento, e per gli infortuni dalle ore 24.00 del giorno successivo al pagamento, ferme le successive scadenze.

Se dopo 60 giorni dalla scadenza il contributo rimane comunque insoluto le coperture previste dal Piano Sanitario cessano definitivamente ed il contratto si considera risolto.

In mancanza di disdetta data con lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza annuale, l'adesione al Piano Sanitario si intende prorogata per un altro anno e così successivamente fino al compimento del 75° anno di età.

Art. 6: Decorrenza delle prestazioni

Le prestazioni decorrono, per ciascun socio:

- A) dalle ore 24.00 del giorno di attivazione del Piano Sanitario per gli infortuni;
- B) dopo 30 giorni dalla data di attivazione del Piano Sanitario per le malattie;
- C) dopo 180 giorni dalla data di attivazione del Piano Sanitario, per le conseguenze di patologie preesistenti, sempre che dichiarate nel questionario sanitario e non escluse al momento dell'adesione da Primula;
- D) dopo 180 giorni dalla data di attivazione del Piano Sanitario, per le conseguenze di stati patologici non ancora manifestatisi al momento dell'attivazione, ma insorti - secondo giudizio medico - anteriormente a tale data;
- E) dopo 180 giorni dalla data di attivazione del Piano Sanitario per le spese di cure dentarie (solo se è stato scelto il Livello 2);
- F) dopo 270 giorni dalla data di attivazione del Piano Sanitario, per le malattie legate alla gravidanza, per le normali visite, le ecografie e gli accertamenti sulla gravidanza;
- G) dopo 360 giorni dalla data di attivazione del Piano Sanitario, per il parto.

Art.7: Malattie preesistenti all'attivazione del Piano sanitario

Le spese sanitarie sostenute dal socio in conseguenza di malattie, malformazioni o difetti fisici preesistenti alla stipula del Piano Sanitario sono:

- q) conseguenze di guerre, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, incidenti atomici, ecc.

- comprese nelle prestazioni erogate dal Piano Sanitario – e quindi rimborsabili – se la malattia, malformazione o difetto fisico vengono dichiarati nel questionario sanitario compilato dal socio e non sono escluse al momento dell'adesione da Primula;
- comprese nelle prestazioni erogate dal Piano Sanitario, a decorrere dal 180° giorno successivo alla data di attivazione del Piano Sanitario, per le conseguenze di stati patologici non ancora manifestatisi al momento dell'attivazione del Piano Sanitario, ma insorte – secondo giudizio medico – anteriormente a tale data;
- escluse dalle prestazioni erogate dal Piano Sanitario – e quindi non rimborsabili – se lo stato patologico era già stato diagnosticato al socio prima dell'attivazione del Piano Sanitario e il socio non lo ha dichiarato nel questionario medico.

Art. 8: Pagamento dei contributi

Primula calcola il contributo relativo al Piano Sanitario da corrispondersi da parte di ciascun socio dal giorno dell'attivazione del Piano Sanitario al 31 dicembre dell'anno in corso; il calcolo viene effettuato in 360esimi del contributo annuo stabilito.

Il pagamento dei contributi da parte del socio a Primula avrà efficacia liberatoria per il socio.

Art. 9: Validità Territoriale del Piano Sanitario

Le prestazioni previste dal presente Piano Sanitario sono operanti in tutti i Paesi.

Art. 10: Sinistri causati da colpa grave

Le prestazioni erogate dal presente Piano Sanitario sono operanti anche per i sinistri causati da colpa grave del socio.

Art. 11: Denuncia del sinistro ed obblighi del socio

Art. 11.1 - Assistenza diretta (assistenza in strutture convenzionate):

Il socio, per avvalersi del servizio "Assistenza Diretta", dovrà darne conoscenza a Primula almeno 48 ore prima del ricovero, salvo i casi di infortunio e di malore improvviso. La Centrale Operativa Medica, dopo aver verificato con il socio tutte le informazioni preliminari per l'operatività della prestazione, provvederà al pagamento diretto delle prestazioni coperte presso l'istituto di Cura/Centro diagnostico e/o medici convenzionati; la comunicazione alla Centrale Operativa Medica costituisce assolvimento all'obbligo di denuncia di sinistro.

Art. 11.2 - Assistenza indiretta (assistenza in strutture non convenzionate):

In caso di sinistro, il socio deve darne avviso scritto a Primula entro 3 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o ne ha avuto la possibilità; Primula, quindi, contatterà la Centrale Operativa Medica che provvederà alla liquidazione del sinistro come qui di seguito indicato.

La denuncia deve essere corredata, o tempestivamente seguita, da certificazione medica che contenga la diagnosi (cartella clinica).

In entrambi i casi il socio deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari e produrre copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria utile per la liquidazione del sinistro, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico da segreto professionale.

Art. 11.3 - Tariffe di Convenzione

Il Socio ha l'obbligo di presentare la Carta Sanitaria per poter usufruire delle Tariffe di Convenzione al fine di ottenere l'eventuale rimborso integrale. In caso contrario il rimborso verrà effettuato come previsto dall'art. 22 delle Condizioni del Piano Sanitario.

Art. 12: Gestione delle controversie

Il socio e Primula hanno la facoltà di rimettere alla decisione di un collegio di tre medici le eventuali controversie derivanti da valutazione medica dell'evento che ha dato origine alla richiesta di liquidazione delle prestazioni oggetto del presente Piano Sanitario.

In tal caso le Parti conferiranno mandato, con scrittura privata, ad un collegio di 3 medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso di contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio dei Medici avrà sede nel comune più vicino al luogo di residenza del socio ove è presente un Istituto di Medicina Legale.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 13: Reclami

Eventuali reclami riguardanti la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a April Italia S.p.A.

– Via Cino Del Duca, 5 – 20122 Milano – numero fax. 02/76020988.

Art. 14: Modifiche del Piano Sanitario

Le modifiche del Piano Sanitario devono comunicate al Socio almeno 30 giorni prima della scadenza dell'anno contributivo.

Art. 15: Altre assicurazioni

Il Socio deve comunicare per iscritto a Primula l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni, da chiunque stipulate, per lo stesso rischio, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1910 del Codice Civile.

Art. 16: Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del socio relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte di Primula possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione delle prestazioni erogate dal Piano Sanitario ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 17: Servizi di assistenza

L'adesione al presente Piano Sanitario consente ai soci di avere gratuitamente accesso ai seguenti servizi di assistenza:

Art.17.1 Call Center con linea dedicata

La Centrale Operativa è a disposizione dei soci 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno per fornire immediatamente assistenza attraverso un Numero Verde dedicato. Per i servizi di consulenza o informazioni, qualora non fosse possibile prestare assistenza immediatamente, il socio sarà richiamato entro le successive 8 ore lavorative.

Per le chiamate dall'estero sarà a disposizione una linea urbana.

Numero Verde : **800211266**

Linea Urbana per le chiamate all'estero:

+390277801115

Art. 17.2 Consulenza Medica

Il servizio medico della Società di Assistenza composto da un Direttore Sanitario e da un'équipe di medici qualificati e specializzati, disponibili 24 ore su 24, è competente nel fornire informazioni circa i seguenti argomenti di carattere sanitario :

- Reperimenti di mezzi di soccorso d'urgenza.
- Organizzazione di consulti medici.
- Centri di cura pubblici e privati attrezzati per speciali patologie con relativa disponibilità letti.
- Centri per cure termali.
- Segnalazioni di laboratori e centri diagnostici.
- Esistenza e reperibilità di farmaci in Italia ed all'estero.

Il Servizio non fornirà diagnosi o prescrizioni ma farà il possibile per mettere rapidamente il socio in condizione di ottenere quanto necessario.

Art. 17.3 Reperimento ed invio di un medico d'urgenza in Italia

Qualora il socio abbia necessità di reperire urgentemente un medico e non riesca a mettersi in contatto con il proprio medico curante, potrà contattare la Centrale Operativa che provvederà ad inviargli uno convenzionato. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento del socio nel centro medico idoneo più vicino, mediante ambulanza. La Centrale Operativa terrà a proprio carico i costi relativi. La prestazione sarà fornita massimo 3 volte l'anno per ciascun socio.

Art. 17.4 Reperimento ed invio di un'ambulanza

In caso di infortunio e/o malattia improvvisa, qualora il socio necessiti, a giudizio del medico curante e dei medici della Centrale Operativa di un trasporto in ambulanza, la Centrale Operativa provvederà alla ricerca, al reperimento e all'invio della stessa. La prestazione è a carico della Centrale Operativa nei casi d'urgenza, per un massimo di 3 volte per anno per ciascun socio.

Art. 17.5 Reperimento ed invio di medicinali urgenti all'estero

Nel caso in cui il socio, trovandosi all'estero, necessiti di specialità medicinali non reperibili in loco (ma regolarmente registrate in Italia) ed in mancanza di medicinali locali sostitutivi, potrà rivolgersi alla Centrale Operativa per richiederne l'invio. Tale servizio sarà assoggettato alle vigenti norme Italiane e del paese in cui si trova il socio nonché alle norme che ne regolano il trasporto; restano a carico della Centrale Operativa le spese inerenti l'invio delle specialità in questione. Il costo di queste ultime resta a totale carico del socio.

Al fine di ottimizzare i tempi il socio dovrà comunicare: nome del farmaco, modalità di somministrazione e nome della casa farmaceutica.

Art. 17.6 Rimpatrio Sanitario

In caso di infortunio e/o malattia improvvisa all'estero e qualora il socio necessiti, a giudizio dei medici della Centrale Operativa e dei medici curanti presso la struttura ospedaliera in cui egli si trova ricoverato, di un trasferimento in una struttura sanitaria in Italia, più idonea e specializzata alle cure del caso, la Centrale Operativa provvederà a sue spese ad organizzare il trasporto sanitario con il mezzo più appropriato per il prosieguo delle cure e/o ulteriori indagini diagnostiche.

Tale mezzo potrà essere :

- Aereo sanitario (previsto solo per i paesi Europei e per i paesi del Bacino Mediterraneo)

- Aereo di linea classe economica, se necessario con posto barellato
- Autoambulanza
- Treno di prima classe, eventualmente in vagone letto

Se ritenuto necessario dal servizio medico della Centrale Operativa, verrà fornita l'assistenza medica e/o infermieristica durante il rimpatrio sanitario. Il trasporto, la sua organizzazione e l'eventuale costo del personale sanitario necessario durante il rientro saranno a carico della Centrale Operativa. La Centrale Operativa ha la facoltà di richiedere l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato per il rientro del socio. Non danno luogo alla prestazione le infermità o le lesioni che a giudizio del servizio medico della Centrale Operativa, possano essere curate in loco o che non pregiudichino la prosecuzione del viaggio. La prestazione non verrà altresì fornita in quei casi in cui si contravvenga a norme sanitarie nazionali o internazionali.

Art. 17.7 Rientro dei figli minori

(Garanzia valida ad oltre 100 km dal domicilio abituale del socio)

Qualora, in caso di ricovero sanitario del socio, in viaggio con figli minori di anni 15, questi ultimi si trovasse senza un accompagnatore maggiorenne, la Centrale Operativa provvederà, su richiesta, all'organizzazione del loro rientro, tenendo a proprio carico le relative spese. Se le circostanze lo richiederanno la Centrale Operativa metterà a disposizione un accompagnatore.

Art. 17.8 Viaggio di un parente in caso di ricovero ospedaliero

Qualora, in seguito ad infortunio o malattia improvvisa, il socio in viaggio venga ricoverato in una struttura sanitaria per un periodo superiore a 7 giorni, la Centrale Operativa fornirà, a proprie spese, un biglietto ferroviario di prima classe o aereo in classe economica A/R per permettere ad un familiare, residente in Italia, di raggiungere il congiunto ricoverato.

Art. 17.9 Invio di un infermiere a domicilio

Qualora nella settimana successiva al rientro dal ricovero in ospedale il socio avesse bisogno di essere assistito, la Centrale Operativa, su richiesta, provvederà a reperire ed inviare, al domicilio dello stesso, un infermiere. Il costo di tale prestazione resta a carico della Centrale Operativa fino ad un massimo di € 52,00 al giorno e € 259,00 per evento.

Art. 18: Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana.

Art. 19: Foro competente

Per qualunque controversia derivante dall'applicazione od interpretazione del presente

contratto il Foro competente sarà quello del socio o degli aventi causa.

Art. 20: Ricovero in strutture convenzionate

Art. 20.1 - Condizioni valide per il Livello 1 e per il Livello 2

Nel caso di ricovero, intervento ambulatoriale o Day Hospital in strutture sanitarie convenzionate e con équipe mediche convenzionate, il Piano Sanitario copre ciascun socio - fino ad un limite di € 258.300,00 per anno - per le seguenti spese:

- esami, visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari dei medici) di cui il socio abbia avuto necessità nei 100 giorni precedenti un ricovero. Il rimborso del costo della prestazione o dell'eventuale ticket è integrale, purché si tratti di prestazioni rese necessarie dalla stessa malattia o infortunio che rende necessario il ricovero;
- onorari dell'équipe medica convenzionata (chirurgo, aiuto, assistente, anestesista ed ogni altro soggetto qualificato che ha partecipato all'intervento chirurgico o che ha comunque prestato la sua opera in favore del socio durante il ricovero);
- le spese di trasporto in autoambulanza del socio all'istituto di cura da lui scelto, con il limite di € 517,00 per trasporto;
- i diritti e costi di sala operatoria ed il materiale di intervento, incluse le protesi e gli apparecchi applicati durante l'intervento stesso;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi durante il periodo di ricovero;
- gli esami, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, le prestazioni mediche ed infermieristiche, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le cure termali (escluse le spese alberghiere) prescritti al socio in relazione alla malattia o infortunio che ha determinato il ricovero ed effettuati nei 100 giorni successivi ad un ricovero. Il rimborso del costo della prestazione o dell'eventuale ticket è integrale.

Art. 20.2 - Rette di degenza

Le rette di degenza verranno corrisposte alle seguenti condizioni:

Livello 1

- con il limite giornaliero di € 259,00 (IVA inclusa), nonché le spese di vitto e pernottamento nella struttura sanitaria dell'eventuale accompagnatore. Le rette di degenza per terapia intensiva vengono sempre riconosciute integralmente, senza tenere conto del limite di cui sopra;

Livello 2

- con il solo limite generale del massimale assicurato, nonché le spese di vitto e pernottamento nella struttura sanitaria dell'eventuale accompagnatore.

Art. 20.3 - Rimborso di prestazione in struttura convenzionata

Nel caso il Socio non abbia presentato la Carta Sanitaria e/o non abbia usufruito della tariffa di convenzione, il rimborso verrà effettuato secondo quanto previsto dall'art. 22 del presente Piano Sanitario.

Art. 21 – Garanzia Parto – Condizioni valide per il LIVELLO 1 e il LIVELLO 2

Nel caso il ricovero sia dovuto a parto naturale o cesareo - e purché alla data del parto siano trascorsi almeno 360 giorni dalla data di effetto del Piano Sanitario – le prestazioni prestate dal Piano Sanitario comprendono fino ad un indennizzo globale di :

Livello 1 : € 3.612,00

Livello 2 : € 5.165,00

- le normali visite, ecografie, l'amniocentesi ed accertamenti sulla gravidanza. Tali prestazioni saranno rimborsate successivamente alla data del parto;
- le spese per il ricovero durante il quale ha luogo il parto naturale o cesareo, compresa la visita del neonatologo.

Con il solo limite generale del massimale di € 258.300,00 annui, tutti i trattamenti e le prestazioni sanitarie erogate alla madre per curare malattie da gravidanza e puerperio, al nascituro per interventi o terapie geniche anche quando abbiano lo scopo di correggere difetti o malformazioni, al neonato per interventi o terapie successive al parto.

Per il neonato la copertura ricovero è concessa gratuitamente fino alla scadenza del 31.12 dell'anno successivo alla data del parto.

Art. 22: Ricoveri in strutture non convenzionate valide per il Livello 1 e il Livello 2

Nel caso di ricovero, intervento ambulatoriale o Day Hospital in strutture sanitarie non convenzionate o con utilizzo di équipe mediche non convenzionate, il Piano Sanitario rimborsa al socio:

- integralmente le spese sostenute prima e dopo il ricovero, come descritte nell'art. 20 e sempre che siano rimborsabili secondo lo stesso articolo di contratto;
- l'80% delle fatture emesse dalla struttura sanitaria non convenzionata - pubblica o privata - presso la quale è avvenuto il ricovero;
- l'80% delle fatture emesse dall'équipe medica non convenzionata che ha prestato la sua opera durante il ricovero del socio.

A carico del socio resterà, quindi, lo scoperto del 20% con il minimo di € 516,00 per ciascun ricovero; nel caso di più ricoveri successivi nel corso della stessa annualità ma dovuti alla stessa patologia, la franchigia minima di € 516,00 viene applicata una sola volta, mentre resta valido il rimborso del solo 80% delle spese sostenute dal socio.

Il massimale annuo in caso di ricovero, intervento ambulatoriale o Day Hospital in strutture sanitarie estere non convenzionate o con utilizzo di équipe mediche non convenzionate è limitato a € 77.500,00.

Art. 23: Ricoveri a totale o parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale – Condizioni valide per il Livello 1 e il Livello 2

Se il ricovero avviene in struttura sanitaria pubblica (ospedale, clinica universitaria ecc.) o in casa di cura accreditata dal S.S.N., il Piano sanitario riconosce al socio, in alternativa:

A - Un'indennità giornaliera prevista dall'opzione scelta ed indicata nel prospetto delle garanzie:

- Livello 1: € 78,00
- Livello 2: € 155,00

Tale indennità viene riconosciuta se tutti i costi di trattamento sanitario sono rimasti a carico del S.S.N. e pertanto il socio non richiede il rimborso di alcuna spesa relativa al ricovero. L'importo viene riconosciuto per ciascun giorno intero di ricovero con pernottamento.

B - Le spese fatturate al socio dalla struttura sanitaria e/o dall'équipe medica che lo ha avuto in cura durante un ricovero effettuato in "Reparto Solventi". Tali spese vengono riconosciute con le stesse modalità e limiti previsti dell'Art. 20 del Piano Sanitario.

C - Il rimborso integrale dei ticket sanitari.

Art. 24: Condizioni Particolari - Valide solo per il Livello 2

A: Prestazioni fuori ricovero di alta specializzazione e visite specialistiche

Il Piano Sanitario rimborsa - nel limite di € 2.585,00 per anno e per nucleo - le spese sostenute per le seguenti prestazioni ricevute senza che ci sia stato ricovero:

A - TAC, Risonanza Magnetica Nucleare ed ogni altra prestazione di medicina nucleare, endoscopia, radioterapia, ecocardiografia, mammografia, dialisi, ecodoppler, alta diagnostica radiologica ad esclusione delle semplici radiografie e delle ecografie;

B - onorari per visite specialistiche, escluse quelle pediatriche, odontoiatriche, ortodontiche e di medicina alternativa in genere (omeopatia, fitoterapia, agopuntura, ecc.) . Sono pure escluse tutte le visite specialistiche "di routine" o di mero controllo.

Il rimborso sarà integrale se la prestazione o visita viene effettuata a carico del Servizio Sanitario

Nazionale (Ticket) o presso una struttura sanitaria convenzionata con la Carta Sanitaria e sempreché sia stata applicata la tariffa di convenzione. In caso contrario, il rimborso è limitato al 70% della spesa sostenuta, con il minimo di € 51,00 per prestazione a carico del socio.

B: Ausili medici

Il Piano Sanitario rimborsa al socio - nel limite di € 259,00 per persona e per anno - gli ausili sanitari prescritti da un medico come stampelle, collarino Minerva, corsetti, supporti ortopedici, con esclusione delle protesi auditive.

C: Contributo spese per cure dentarie

Il Piano Sanitario contribuisce - nella misura del 50% del costo fatturato e con il limite di € 517,00 per anno e per persona - alle spese sostenute dal socio per le cure dentarie. Le spese per l'acquisto di protesi e per l'ortodonzia sono escluse dalle prestazioni.

D: Spese ottiche

Il Piano Sanitario rimborsa - nel limite di € 155,00 per persona e per anno - le spese sostenute dal socio per l'acquisto di lenti da vista correttive o di lenti a contatto fisse (non "usa e getta") che gli siano state prescritte da un medico oculista per la prima volta o a seguito di modifica del "visus".

E: Cure Termali

Il Piano Sanitario rimborsa - con il limite di € 19,00 il giorno e per un massimo di 30 giorni l'anno - le cure termali prescritte al socio da un medico. Non sono comunque rimborsabili le spese relative al trattamento alberghiero.

Definizioni

"Ambulatorio": la struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

"Carenza": periodo di tempo immediatamente successivo alla data di attivazione del Piano Sanitario durante il quale le prestazioni non sono operanti.

"Carta Sanitaria": la carta personale che viene rilasciata a ciascun socio e che gli consente di accedere alle strutture sanitarie convenzionate.

"Centrale Operativa Medica": l'organizzazione costituita da risorse umane e da attrezzature per l'erogazione dei servizi di cui all'Art. 17.

"Circuito Convenzionato": rete di Istituti di Cura, Centri specializzati, medici chirurghi convenzionati per l'erogazione delle prestazioni in forma diretta ed in forma indiretta che, tramite il riconoscimento della Carta sanitaria, applica le tariffe agevolate concordate tra la Società di Assistenza e le Strutture.

"Contributo al Piano sanitario": contributo per le prestazioni sanitarie di cui al presente Piano Sanitario Sfera Salute.

"Day hospital": la degenza esclusivamente diurna, ancorché non interrotta, in istituto di cura documentata da cartella clinica - dalla quale risultino anche i giorni di effettiva permanenza del socio nell'istituto di cura - per prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo, che non comportano la necessità di un ricovero, ma richiedono, per loro natura e complessità, l'esigenza di un regime di assistenza medica ed infermieristica continue.

"Domanda di adesione": il modulo - riservato ai Soci di Primula - con il quale il socio chiede di aderire al Piano Sanitario Sfera Salute.

"Équipe medica convenzionata": il personale medico che presta la sua opera durante il ricovero del socio e che riconosce la Carta Sanitaria come mezzo di pagamento diretto delle proprie competenze.

"Franchigia": la somma determinata in misura fissa che rimane a carico del socio. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto al socio l'importo garantito.

"Indennizzo": la somma corrisposta al socio secondo i termini del Piano Sanitario.

"Infortunio": evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente

constatabili, da qualsiasi causa determinati, salvo quanto previsto alle specifiche esclusioni.

"Intervento chirurgico": atto medico, praticato in istituto di cura o in ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica. Si intende equiparata ad un intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture e lussazioni.

"Istituto di cura": l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano "Istituto di Cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.

"Malattia": ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non conseguente ad infortunio.

"Piano Sanitario Sfera Salute": la specifica opzione scelta dal socio all'atto dell'adesione a Primula, alla quale corrispondono le prestazioni e i servizi erogati secondo quanto specificato di seguito.

"Questionario medico": il modulo con il quale chi intende aderire al Piano Sanitario Sfera Salute rende le dichiarazioni relative al proprio stato di salute.

"Ricovero": la degenza ininterrotta che richiede il pernottamento in istituto di cura, resa necessaria per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in ambulatorio.

"Scoperto": la somma espressa in valore percentuale che rimane a carico del socio.

"Sinistro": il verificarsi dell'evento per il quale sono operanti le prestazioni previste dal Piano Sanitario.

"Struttura sanitaria convenzionata": le case di cura, gli Istituti di Cura, i Centri specializzati ed i medici chirurghi convenzionati che, per l'erogazione delle prestazioni in forma diretta ed in forma indiretta, tramite il riconoscimento della carta sanitaria, applicano le tariffe agevolate concordate con la Società di Assistenza.

"Tariffe di convenzione": costo finale di una prestazione concordato tra la Struttura sanitaria e la Società di Assistenza. Le Tariffe di Convenzione vengono applicate tramite riconoscimento della Carta Sanitaria.