

# SALUTE

*in Famiglia 100*

## PIANO SANITARIO PER IL NUCLEO FAMILIARE



LA CITTÀ  
DEL SOLE  
FONDO SANITARIO  
INTEGRATIVO

## Disciplinare delle Prestazioni

Edizione 1.6

# A chi è rivolto

Il Piano Sanitario **in Famiglia 100** è rivolto al titolare dell'adesione - Socio Ordinario - e al suo nucleo familiare ovvero il coniuge o il convivente more uxorio, i figli legittimi, anche solo di uno dei coniugi o conviventi, fiscalmente a carico conviventi e non, compresi anche i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi, i figli affidati o affiliati.

Le prestazioni sono valide per i Soci residenti in Italia, Repubblica di San Marino e Stato della Città del Vaticano o cittadini stranieri residenti in Italia al momento dell'adesione o dell'eventuale rinnovo; qualora vi sia una variazione in corso d'anno, le prestazioni saranno operanti sino alla scadenza dello stesso.

Il presente Piano Sanitario è frutto della collaborazione di più Enti in osservanza della Legge 15/4/1886 n.3818 e succ. modif. adeguata al Decreto legge 18/10/2012 art.23 circa la "Mutualità mediata" così da consentire l'erogazione di Prestazioni Sanitarie Integrative e Sostitutive dei Livelli Essenziali di Assistenza.

## Le prestazioni

Il presente Piano Sanitario garantisce ai componenti del nucleo familiare le seguenti prestazioni:

### a. PREVENZIONE

Viene garantita una volta all'anno e per una persona appartenente al nucleo familiare:

- l'effettuazione di un percorso di prevenzione all'interno del circuito convenzionato così come meglio descritto nel paragrafo 'Prevenzione'

e a tutto il nucleo familiare senza limiti di volte di utilizzo:

- il diritto ad usufruire di tariffe agevolate su accertamenti e cure all'interno del circuito convenzionato

### b. MEDICINA E CURE

- Rimborso delle spese di cura a seguito di ricovero con o senza intervento fino ad un importo per anno di 100.000,00 Euro
- Il rimborso delle spese sostenute pre e post ricovero: 30 giorni pre ricovero e 60 giorni post ricovero entro il limite del massimale previsto per 'Medicina e Cure'.
- Diaria sostitutiva al rimborso: 50 Euro al giorno, massimo 30 giorni.

### c. FISIOTERAPIA

In caso di malattia o infortunio, anche senza ricovero, viene riconosciuto un rimborso fino a 300 € presso i centri convenzionati e 250€ per l'utilizzo di un fisioterapista scelto da Socio.

### d. ASSISTENZA

Vengono prestate a favore dei componenti il nucleo familiare 23 prestazioni di Assistenza sanitaria e alla persona. L'elenco completo delle prestazioni è nel paragrafo Assistenza.

# Decorrenza delle prestazioni

<b>Prevenzione</b>	Dal 180° giorno dal momento dell'adesione
<b>Medicina e Cure</b>	per gli infortuni dal momento in cui ha effetto l'adesione; - per le malattie dal 180° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'adesione; - per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio dal 300° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'adesione; - per l'aborto terapeutico o spontaneo post-traumatico, la garanzia è operante soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'adesione;
<b>Assistenza e Fisioterapia</b>	- per i servizi di consulenza e supporto e per gli infortuni dal momento in cui ha effetto l'adesione; - per le malattie dal 150° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'adesione.

# Fino a quando si può beneficiare

<b>Prevenzione</b>	Le prestazioni si intendono operanti dal giorno del compimento del 18° anno d'età, fino al 31.12 dell'anno del raggiungimento del 75° anno di età.
<b>Medicina e Cure</b>	Le prestazioni si intendono operanti dal giorno del compimento del 18° anno d'età, fino al 31.12 dell'anno del raggiungimento del 75° anno di età.
<b>Assistenza e Fisioterapia</b>	Le prestazioni si intendono operanti dal giorno del compimento del 18° anno d'età, fino al 31.12 dell'anno del raggiungimento del 75° anno di età.

# Fino a quando si può aderire

E' possibile aderire al piano dal 18° anno di età fino al 60° anno di età.

# Dove

<b>Prevenzione</b>	In Italia presso il network di centri convenzionati
<b>Medicina e Cure</b>	La copertura vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni dei danni vengano effettuate in Italia, con pagamento in Euro.
<b>Assistenza e Fisioterapia</b>	<p>Per le prestazioni di Assistenza e Fisioterapia la copertura vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni dei danni vengano effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.</p> <p>Per le prestazioni di Assistenza, la copertura è valida per eventi verificatisi in tutti i Paesi del mondo ad esclusione di: Afganistan, Antartico, Cocos, Georgia del Sud, Heard e Mc Donald, Isola Bouvet, Isola Christmas, Isola Pitcairn, Isole Chagos, Isole Falkland, Isole Marshall, Isole Minori, Isole Salomone, Isole Wallis e Futuna, Kiribati, Micronesia, Nauru, Niue, Palau, Sahara Occidentale, Samoa, Sant'Elena, Somalia, Terre Australi Francesi, Timor Occidentale, Timor Orientale, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, fatta salva l'eventuale limitazione indicata nelle singole Prestazioni.</p> <p>Non sono fornite Prestazioni e/o garanzie in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto. Si considerano tali i Paesi indicati nel sito <a href="http://www.exclusiveanalysis.com/list/cargo">http://www.exclusiveanalysis.com/list/cargo</a> che riportano un grado di Rischio uguale o superiore a 4.0.</p>

## Come accedere alle prestazioni

Le prestazioni possono essere erogate nelle seguenti forme:

- **Dirette:** Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati;
- **Indirette:** Utilizzo di strutture sanitarie e medici non convenzionati;
- **Miste:** Utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate e medici convenzionati o di strutture sanitarie convenzionate e medici non convenzionati;
- **Servizio Socio Sanitario Nazionale:** Utilizzo di strutture del S.S.N.

### Cosa fare per usufruirne

L'evento oggetto di copertura deve essere denunciato a CDS da parte del Socio o dai suoi aventi diritto non appena ne abbiano la possibilità e comunque entro 6 mesi dall'evento stesso.

Il diritto alla richiesta di rimborso si prescrive nel termine di due anni decorrente dalla data in cui si è verificato l'evento. Il tutto in applicazione di disciplina e termini indicati nel Regolamento.

Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico del Socio.

Il Socio, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici indicati da CDS e qualsiasi indagine o accertamento che CDS ritenga necessari; pertanto, questi dovranno sciogliere dal segreto professionale i medici e, inoltre, si dovrà fornire a CDS ogni documento, fattura, notule, referto che permettano la corretta valutazione della pratica di rimborso/indennizzo.

Potrà essere richiesta ulteriore documentazione che il Socio sarà tenuto a trasmettere entro 2 mesi dalla richiesta. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennità. In seguito alla valutazione della documentazione pervenuta si procederà all'erogazione dell'indennità.

## Prestazioni dirette

Prima di un ricovero, prima di essere sottoposto ad un intervento chirurgico o, ancora, prima di una prestazione extraospedaliera, il Socio deve contattare preventivamente la Centrale Salute per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione provvisoria ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta, con un preavviso di almeno 3 giorni lavorativi, telefonando al Numero Verde:

**800 593 282**

+39 081.420.11.25 dall'Estero  
dal Lunedì al Venerdì dalle 08,30 alle 17,30.

L'autorizzazione è provvisoria in quanto è comunque subordinata all'esame di tutta la documentazione richiesta dalla Centrale Salute.

Il Socio dovrà fornire alla Centrale Salute 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;
- documentazione sanitaria relativa alla prestazione.

Il Socio, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la pre-attivazione con modalità telematiche accedendo alla propria Area Riservata dal sito [www.fondosanitario.com](http://www.fondosanitario.com)

In caso di urgenza o di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Salute sarà possibile richiedere il pagamento diretto anche a ricovero avvenuto, salvo far pervenire la documentazione e la richiesta alla Centrale Salute entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e, comunque, prima delle dimissioni dalla Struttura

La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero, per le quali il Socio sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Salute.

Qualora il Socio acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Salute, la prestazione si considererà ricevuta in regime di prestazione indiretta, con pagamento anticipato da parte del Socio e rimborso al medesimo.

A prestazione avvenuta, il Socio dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso.

## Prestazioni indirette

Per ottenere il rimborso, il Socio, al termine del ciclo di cure e non appena disponibile tutta la documentazione medica completa, dovrà compilare in ogni sua parte il Modulo di Richiesta di rimborso ed allegare in fotocopia la documentazione giustificativa indicata di seguito.

### Documentazione medica

- Prescrizione con indicazione del quesito diagnostico e/o della diagnosi. In caso di infortunio fornire in aggiunta il referto del Pronto Soccorso, in quanto deve essere oggettivamente documentabile. In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie). Inoltre, la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite. Si precisa che non sono ammessi infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura e gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.

- Cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero sia con pernottamento sia diurno (Day Hospital). Si precisa che non è considerato ricovero nè Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso. È considerato ricovero la permanenza in Pronto Soccorso in osservazione breve e intensiva con pernottamento superiore alle dodici ore, a seguito di presentazione di verbale di Pronto Soccorso.
- Relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate in caso di Intervento Ambulatoriale, con eventuale referto istologico, se eseguito.
- Certificato del medico oculista o dell'optometrista regolarmente abilitati, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti (se previsto dal Piano sanitario), intendendosi comunque escluse le lenti a contatto e le protesi sostitutive oculari.
- Quant'altro necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri.

#### Documentazione di spesa quietanzata

- Fatture, notule e ricevute emesse da Istituto di Cura e da Centro Medico, inteso per tale la Struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria. 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 dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge (ivi compreso sul documento fiscale la presenza di marca da bollo, benchè si tratti di un costo non rimborsabile da CDS) e redatta in lingua italiana, o comunque corredata da traduzione in lingua italiana. Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni.

CDS si riserva il diritto di verificare l'autenticità della documentazione ricevuta.

Ai fini di una corretta valutazione delle richieste di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, rimane la facoltà da parte di CDS di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

La somma spettante al Socio è calcolata con detrazione di eventuali somme a carico del Socio stesso. Il modulo di rimborso, reperibile mediante il Socio Sostenitore afferente oppure sull'Area Riservata, unitamente alla documentazione sopradescritta, può essere inviato in forma cartacea al seguente indirizzo: CDS - Via dei Tribunali, 253 NAPOLI

In alternativa alla procedura di rimborso cartaceo, il Socio, se in possesso dei dati di accesso (login e password) potrà trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. A tal fine il Socio dovrà accedere, previa autenticazione, alla propria Area Riservata dal sito [www.fondosanitario.com](http://www.fondosanitario.com); in tale Area si può accedere altresì alla funzionalità di consultazione on-line dello stato di elaborazione della propria pratica di rimborso.

Per il Socio è disponibile anche l'invio attraverso e-mail all'indirizzo: [centralesalute@fondosanitario.com](mailto:centralesalute@fondosanitario.com)

#### Assistenza mista

In caso di utilizzo di strutture o équipe medica non convenzionate (cosiddetta assistenza "mista": per esempio pagamento diretto alla struttura convenzionata e pagamento a rimborso per le spese dell'équipe medica non convenzionata), la Centrale Salute stessa comunicherà, sempre in via provvisoria, la presa in carico dei costi esclusivamente per la parte in convenzione, mentre il costo delle strutture/équipe medica non convenzionate sarà sostenuto direttamente dal Socio, ove ne ricorrano i presupposti, il quale potrà richiederne il rimborso secondo quanto previsto dal presente Piano sanitario.

La Centrale Salute effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili in base ai termini fissati dal presente Piano Sanitario, secondo le condizioni della convenzione stipulata dalla Società di Servizi utilizzata con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

Restano a carico del Socio le eventuali somme previste nel presente Piano Sanitario, nonché le prestazioni non garantite dalle convenzioni suddette.

Prima di un ricovero o prima di essere sottoposto ad un intervento chirurgico o, ancora, prima di una prestazione extra-ospedaliera, per quanto riguarda la parte convenzionata il Socio deve contattare preventivamente la Centrale Salute per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta, con un preavviso di almeno 3 giorni lavorativi, telefonando al numero verde:

**800 593 282**

+39 081.420.11.25 dall'Estero  
dal Lunedì al Venerdì dalle 08,30 alle 17,30.

L'autorizzazione è provvisoria, in quanto è comunque subordinata all'esame di tutta la documentazione richiesta dalla Centrale Salute.

Il Socio dovrà fornire alla Centrale Salute 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;
- documentazione sanitaria relativa alla prestazione.

Il Socio deve comunicare preventivamente alla Centrale Salute qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata in via provvisoria.

Il Socio, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la pre-attivazione con modalità telematica accedendo alla propria Area Riservata dal sito [www.fondosanitario.com](http://www.fondosanitario.com).

In caso di urgenza o di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Salute sarà possibile richiedere il pagamento diretto anche a ricovero avvenuto, salvo far pervenire la documentazione e la richiesta alla Centrale Salute entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e, comunque, prima delle dimissioni dalla Struttura.

La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero, per le quali il Socio sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Salute.

Qualora il Socio acceda a Strutture Sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Salute, la prestazione si considererà ricevuta in regime di prestazione indiretta, con pagamento anticipato da parte del Socio e rimborso al medesimo.

A prestazione avvenuta, il Socio dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso.

Per ottenere, invece, il rimborso della parte non convenzionata, il Socio, al termine del ciclo di cure e non appena sarà disponibile tutta la documentazione medica completa, dovrà compilare in ogni sua parte il Modulo di Richiesta di rimborso ed allegare in fotocopia la seguente documentazione giustificativa:

#### Documentazione medica

- Prescrizione con indicazione del quesito diagnostico e/o della diagnosi. In caso di infortunio, fornire in aggiunta il referto del Pronto Soccorso, in quanto deve essere oggettivamente documentabile. In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie).

Inoltre, la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite. Si precisa che non sono ammessi gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura e gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.

- Cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero sia con pernottamento sia diurno (Day Hospital). Si precisa che non è considerata ricovero nè Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso. È considerato ricovero la permanenza in Pronto Soccorso in osservazione breve e intensiva con pernottamento superiore alle dodici ore, a seguito di presentazione di verbale di Pronto Soccorso.

- Relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale, con eventuale referto istologico, se eseguito.

- Certificato del medico oculista o dell'optometrista regolarmente abilitati, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti (se previsto dal Piano Sanitario), intendendosi comunque escluse le lenti a contatto e le protesi sostitutive oculari.

- Quant'altro necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri.

#### Documentazione di spesa quietanzata

- Fatture, notule e ricevute emesse da Istituto di Cura e da Centro Medico, inteso per tale la Struttura sanitaria, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria. 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 dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge e redatta in lingua italiana o comunque corredata da traduzione in lingua italiana. Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni.

CDS si riserva il diritto di verificare l'autenticità della documentazione ricevuta.

Ai fini di una corretta valutazione delle richieste di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, rimane la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

La somma spettante al Socio è calcolata con detrazione di eventuali somme a carico del Socio stesso.

Il modulo di rimborso, reperibile mediante il Socio Aderente presso cui si è stipulata l'adesione, unitamente alla documentazione sopra descritta, può essere inviato in forma cartacea al seguente indirizzo seguente: CDS - Via dei Tribunali, 253 NAPOLI

In alternativa alla procedura di rimborso cartacea, il Socio, se in possesso dei dati di accesso (login e password) potrà trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. A tal fine il Socio dovrà accedere alla propria Area Riservata dal sito [www.fondosanitario.com](http://www.fondosanitario.com) ; in tale Area il Socio può accedere, altresì, alla funzionalità di consultazione on-line dello stato di elaborazione della propria pratica di rimborso. Per il Socio è disponibile anche l'invio attraverso e-mail all'indirizzo: [centralesalute@fondosanitario.com](mailto:centralesalute@fondosanitario.com).

Il Socio è tenuto a collaborare per il più corretto svolgimento delle attività di assistenza, a fornire alla Centrale Salute qualsiasi informazione riguardante le circostanze e le conseguenze dell'evento coperto dalle prestazioni erogate, oltre alle informazioni complementari che la stessa dovesse richiedere, a presentare i documenti (denunce, certificati, fatture, ricevute fiscali, ecc...) che giustificano sia il verificarsi degli eventi coperti dall'opzione sia le spese rimborsabili ai sensi della stessa e a collaborare per facilitare le azioni che CDS intende intraprendere per limitare le conseguenze dell'evento coperto dalle prestazioni erogate.

Il Beneficiario che dolosamente non adempie ai predetti obblighi perde il diritto al rimborso o alla prestazione; se il Beneficiario omette colposamente di adempiere, CDS ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.



---

# A. PREVENZIONE

---

Il pacchetto prevenzione è composto da più prestazioni:

## A.1 PERCORSO di PREVENZIONE

Viene garantita una volta all'anno e per una persona appartenente al nucleo familiare uno tra i percorsi di prevenzione previsti da effettuarsi presso le strutture convenzionate, fruibile senza alcun esborso.

Il percorsi di prevenzione sono composti dalle seguenti prestazioni:

### PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

(per tutti gli Assistiti a prescindere dal sesso)

- Esame del sangue con i seguenti accertamenti: omocisteina, ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatina, emocromo, VES ed esame delle urine;
- Visita cardiologia con ECG;
- Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici;
- Rx del torace;
- Ecografia addome superiore;
- Elettromiografia

### PERCORSO ONCOLOGICO

(per gli Assistiti di sesso maschile e di età superiore ai 45 anni):

- Accertamento dell'antigene prostatico specifico;
- Ecografia delle vie urinarie;

### PERCORSO ONCOLOGICO

(per gli Assistiti di sesso femminile di età superiore ai 40 anni):

- visita ginecologia comprensiva dei relativi accertamenti (pap-test, ecografia mammaria o mammografia ed ecografia transvaginale).

### PERCORSO PER LA DEGENERAZIONE DELLA STRUTTURA OSSEA

- DOC;
- MOC.

L'elenco delle strutture cui poter effettuare il Percorso scelto è: [www.cds.centriconvenzionati.it](http://www.cds.centriconvenzionati.it)

## A.2) SHOW YOUR CARD

La seconda prestazione di prevenzione è la possibilità, semplicemente mostrando la card salute all'accettazione di accedere alle seguenti cure ed accertamenti usufruendo di una tariffa agevolata:

### SERVIZI SANITARI

- Visite specialistiche
- Analisi di laboratorio
- Accertamenti diagnostici
- Ricoveri
- Interventi
- Day Hospital
- Terapie fisiche

### SERVIZI ASSISTENZIALI

- Case di riposo
- RSA
- Centri diurni
- Lungodegenze riabilitative

L'elenco sempre aggiornato dei centri convenzionati presso cui poter esibire la Card ed usufruire delle tariffe agevolate è: <http://www.myassistance.it/networks/network-medicale/elenco-strutture.html>

## B. MEDICINA E CURE

Durante il ricovero o l'intervento chirurgico, anche in Day Hospital/Day Surgery, CDS rimborsa le spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio; assistenza medica;
- terapie, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali;
- onorari dell'équipe che effettua l'intervento chirurgico, materiale di intervento (comprese le endoprotesi necessarie al recupero dell'autonomia del Socio);
- diritti di sala operatoria;
- rette di degenza

fino ad un limite di 100.000 Euro per anno e per nucleo familiare.

PRESTAZIONI DIRETTE	PRESTAZIONI INDIRETTE	PRESTAZIONI MISTE	SERVIZIO SOCIO SANITARIO NAZIONALE
<b>Ricoveri con o senza intervento</b>			
<p>Massimale 100.000€</p> <p>Quota a carico dell'Assistito 30% minimo 500 €</p>	<p>Massimale 100.000€</p> <p>Quota a carico dell'Assistito 50 % con minimo 1.500€ per evento</p>	<p>Massimale 100.000€</p> <p>Nessuna quota a carico per la parte di prestazioni in convenzione</p> <p>Quota a carico dell'Assistito 50% con il minimo di 1.500€ sulla parte non convenzionata</p>	<p>Indennità sostitutiva del rimborso pari a 50 € al giorno massimo 30 giorni</p>

### B.1) SPESE PRE E POST RICOVERI CON O SENZA INTERVENTI CHIRURGICI

In relazione a tali prestazioni, CDS rimborsa le spese sostenute:

- nei 60 giorni precedenti il ricovero o l'intervento chirurgico in Day Hospital/Day Surgery per:
  - visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), purché dette prestazioni siano inerenti al ricovero o all'intervento chirurgico in day hospital;
- nei 90 giorni successivi il ricovero o l'intervento chirurgico, anche in Day Hospital/Day Surgery, entro i giorni in seguito specificati successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura o all'intervento chirurgico, per:
  - visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio tutti pertinenti alla patologia considerata, entro 60 giorni;
  - assistenza infermieristica resa necessaria dalla non autosufficienza del Socio in conseguenza di intervento chirurgico, infortunio, ictus cerebrale o infarto cardiaco, entro 60 giorni;
  - prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi resi necessari da intervento chirurgico, infortunio, da ictus cerebrale, da infarto cardiaco, dell'intervento chirurgico entro 60 giorni.

## B.2) INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO DELLE SPESE INERENTI IL RICOVERO

Qualora le spese di ricovero siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, CDS corrisponde, in sostituzione del rimborso delle prestazioni descritte ai punti precedenti, l'indennità sostitutiva per ciascun pernottamento in Istituto di Cura, con il massimo di 30 pernottamenti per periodo di copertura, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia o dell'infortunio, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

In caso di Day Hospital/Day Surgery l'indennità sostitutiva viene corrisposta per ogni giorno di degenza diurna, con il massimo di 30 giorni per periodo di copertura.

Nel caso in cui le spese inerenti ai punti precedenti fossero superiori all'importo del rimborso di cui sopra, la Centrale Salute provvederà al rimborso delle citate spese.

---

# C. FISIOTERAPIA

---

## C.1) INVIO DI UN FISIOTERAPISTA

Se il Socio, a seguito di una malattia o di un infortunio, indipendentemente da ricovero e/o intervento chirurgico, necessita di essere seguito da un terapeuta della riabilitazione, CDS rimborsa i Soci (non in forma diretta) l'importo di € 300,00 (trecento) per Nucleo Familiare e per anno qualora i medesimi si rivolgano presso qualunque centro convenzionato con la Centrale Salute, anche a domicilio. Qualora i Soci si rivolgano ad un fisioterapista di loro fiducia non convenzionato, il suddetto limite è ridotto a € 250,00 (duecentocinquanta) per Nucleo Familiare e per anno.

---

# D. ASSISTENZA

---

## D.1) INFORMAZIONI SANITARIE

La Centrale Salute, su semplice richiesta telefonica del Socio, tramite l'equipe medica fornirà informazioni relativamente a:

- vaccinazioni o profilassi da eseguire per i viaggi in paesi tropicali;
- medici o centri specializzati in medicina tropicale e infettivologia;
- assistenza sanitaria all'Estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;
- Strutture Sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, uffici competenti;
- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.) nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale.

La Prestazione è operante da lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali.

## D.2) CONSIGLI MEDICI TELEFONICI GENERICI E SPECIALISTICI

Se il Socio necessita di una consulenza medica generica o specialistica (cardiologica, geriatrica, ginecologica, neurologica, odontoiatrica, ortopedica o pediatrica) può mettersi in contatto direttamente, o tramite il proprio medico curante, con i medici della Centrale Salute, che forniranno informazioni e consigli circa la Prestazione più opportuna da effettuare in favore del Socio.

## D.3) INVIO DI UN MEDICO GENERICO A DOMICILIO O DI UN'AUTOAMBULANZA

Se a seguito di malattia o infortunio il Socio, trovandosi in Italia, necessita di un medico dalle ore 20.00 alle ore 8.00 nei giorni feriali o durante i giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Centrale Salute provvederà a inviare, a spese di CDS, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati

a intervenire personalmente, la Centrale Salute organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento del centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

#### **D.4) TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA IN ITALIA DOPO IL RICOVERO DI PRIMO SOCCORSO**

Se il Socio, a seguito di malattia o infortunio, necessita di un trasporto in autoambulanza, dopo il ricovero di primo soccorso, la Centrale Salute provvederà a inviarla direttamente, tenendo a carico di CDS la relativa spesa fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 300 (trecento) km di percorso complessivo (casa - ospedale e ritorno).

#### **D.5) TRASFERIMENTO IN UN CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO**

Se il Socio, a seguito di malattia o infortunio, sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, non risulti curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della provincia di residenza, la Centrale Salute, previa analisi del quadro clinico del Socio e d'intesa con il medico curante, provvederà a:

- individuare e prenotare, tenuto conto della disponibilità esistente, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia del Socio;
- organizzare il trasporto del Socio con il mezzo, tra quelli di seguito elencati, che sia più idoneo alle sue condizioni: aereo sanitario (limitatamente al trasferimento in paesi europei); aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella; treno, prima classe e, occorrendo, il vagone letto; autoambulanza (senza limiti di chilometraggio); assistere il Socio durante il trasporto con personale medico o paramedico ove necessario.

#### **D.6) RIENTRO DAL CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO**

Quando il Socio, a seguito di malattia o infortunio, in conseguenza della prestazione indicata "Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato", viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Centrale Salute provvederà al suo rientro con il mezzo, tra quelli di seguito elencati, che sia più idoneo alle sue condizioni: aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella; treno, prima classe, e, occorrendo, vagone letto; autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Salute ed effettuato a spese di CDS medesima, inclusa l'assistenza medica e infermieristica durante il viaggio, se necessaria.

#### **D.7) ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRESSO L'ISTITUTO DI CURA**

Se a seguito di malattia o infortunio il Socio, durante un periodo di ricovero in istituto di cura, necessita di essere assistito da un infermiere, la Centrale Salute provvederà al suo reperimento. CDS ne assume le spese fino a un massimo di € 500 (cinquecento) per Socio e per anno.

#### **D.8) INVIO DI MEDICINALI URGENTI**

Se a seguito di malattia o infortunio il Socio necessita urgentemente, secondo parere del medico curante, di specialità medicinali che sono commercializzate in Italia ma irreperibili sul posto, la Centrale Salute provvederà a inviarle con il mezzo più rapido (tenuto conto delle norme locali che regolano il trasporto di medicinali). Restano a carico del Socio i costi dei prodotti medicinali stessi.

#### **D.9) INVIO DI UN INFERMIERE A DOMICILIO**

Se il Socio, nelle due settimane successive al rientro dal ricovero, necessita di essere seguito da un infermiere, la Centrale Salute provvederà al suo reperimento. CDS ne assume le spese fino a un massimo di € 500 (cinquecento) per Socio e per anno.

#### **D.10) RIENTRO SANITARIO (ANCHE DALL'ESTERO)**

Se a seguito di malattia o infortunio le condizioni del Socio, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Salute e il medico curante sul posto, rendono necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza in Italia, la Centrale Salute provvederà a effettuare il trasporto con il mezzo più idoneo alle condizioni del paziente e scelto tra uno dei seguenti: aereo sanitario (limitatamente al trasferimento in paesi europei); aereo di linea classe economica, eventualmente in barella; treno prima classe e, occorrendo, vagone letto; autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Salute e le spese relative restano a carico di CDS, inclusa l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, ove necessaria. Se il Socio è rientrato a spese di CDS, il medesimo ha diritto di richiederli, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alla Prestazione le infermità o le lesioni che, a giudizio dei medici curanti, possono essere curate sul posto o che non impediscono al Socio di proseguire il viaggio, e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme nazionali o internazionali. La Prestazione inoltre non è dovuta nel caso in cui il Socio o i suoi familiari decidano per le dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale il Socio è ricoverato.

#### **D.11) RIENTRO ANTICIPATO**

Se il Socio, trovandosi in viaggio, rientra alla propria residenza prima della data che aveva programmato e con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto, a causa della morte avvenuta in Italia, come da data risultante sul certificato di morte rilasciato dall'anagrafe, di uno dei seguenti familiari: coniuge/convivente more uxorio, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora, la Centrale Salute provvederà a fornirgli, con spese a carico di CDS, un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica, affinché possa raggiungere il luogo dove è deceduto in Italia il familiare o dove viene sepolto. Nel caso in cui il Socio viaggiasse con un minore, purché in copertura con la presente adesione, la Centrale Salute provvederà a far rientrare entrambi. Se il Socio si trovasse nella impossibilità a utilizzare il proprio veicolo per rientrare anticipatamente, la Centrale Salute gli metterà a disposizione un ulteriore biglietto per recarsi a recuperare successivamente il veicolo stesso.

Sono esclusi i casi in cui il Socio non possa fornire alla Centrale Salute adeguate informazioni sui motivi che danno luogo alla richiesta di rientro anticipato. CDS ne assume le spese fino a un massimo di € 500 (cinquecento) per nucleo familiare e per anno.

#### **D.12) RECUPERO E RIMPATRIO SALMA**

Se a seguito di malattia o infortunio il Socio è deceduto, la Centrale Salute organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo CDS proprio carico le relative spese fino a un massimo di € 10.000 (diecimila) per Evento, anche se sono coinvolti più Soci.

Se tale Prestazione comporta un esborso maggiore di tale importo, la Prestazione diventerà operante dal momento nel quale in Italia la Centrale Salute avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate. Sono inoltre comprese le eventuali spese per il recupero della salma con il sotto limite di € 2.000 (duemila) per Evento, anche se sono coinvolti più Soci. Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre.

#### **D.13) PROLUNGAMENTO DEL SOGGIORNO ALL'ESTERO**

Se il Socio in viaggio non è in grado di intraprendere il rientro al proprio domicilio alla scadenza stabilita in conseguenza di malattia o infortunio, la Centrale Salute organizzerà il prolungamento del soggiorno in albergo tenendo CDS a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione fino a un massimo di 5 (cinque) giorni successivi alla data stabilita per il rientro e fino a un massimo di € 100 (cento) al giorno per Socio. La Prestazione è operante quando l'Evento si verifica all'Estero.

#### **D.14) RIENTRO DEGLI ALTRI SOCI**

In caso di rientro sanitario del Socio in base alle condizioni previste nel precedente punto Rientro Anticipato, se le persone in viaggio con il Socio, purché anch'esse comprese in copertura con la presente adesione, non sono in grado di rientrare per ragioni obiettive con il mezzo inizialmente previsto e/o utilizzato, la Centrale Salute provvede a fornire loro un biglietto ferroviario, prima classe, o aereo, classe economica, per rientrare alla propria residenza in Italia. CDS terrà a proprio carico il costo dei biglietti fino a un importo massimo di € 500 (cinquecento) per Socio.

La Centrale Salute avrà la facoltà di richiedere gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati per il rientro.

#### **D.15) ASSISTENZA DI UN INTERPRETE ALL'ESTERO**

Se il Socio in viaggio, in caso di ricovero in ospedale per malattia o infortunio, trova difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Centrale Salute provvederà a inviare un interprete.

CDS terrà a proprio carico le spese per un massimo di 8 ore lavorative per Evento.

#### **D.16) VIAGGIO DI UN FAMILIARE E SPESE DI SOGGIORNO**

Se a seguito di malattia o infortunio il Socio necessita di un ricovero in un istituto di cura per un periodo superiore a 10 (dieci) giorni, la Centrale Salute metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere il Socio ricoverato. CDS terrà a proprio carico il relativo costo.

Se il Socio necessita di Assistenza personale, la Centrale Salute provvederà inoltre a ricercare e prenotare un albergo per il familiare tenendo CDS a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione fino a un massimo per Evento di € 100 (cento) per notte e per un massimo di 3 (tre) notti.

#### **D.17) ANTICIPO SPESE MEDICHE**

Se il Socio deve sostenere delle spese mediche impreviste e non gli è possibile provvedere direttamente e immediatamente, CDS anticipa, per conto del Socio, il pagamento delle fatture a esse relative fino a un importo massimo di € 500 (cinquecento) per Evento. Se l'ammontare delle fatture supera l'importo di € 500 (cinquecento), la Prestazione viene erogata dopo che siano date alla Centrale Salute garanzie di restituzione delle somme stesse. L'importo delle fatture pagate da CDS non potrà mai comunque superare la somma di € 2.600 (duemilaseicento). La Prestazione viene fornita a condizione che il Socio sia in grado di fornire adeguate garanzie per la restituzione della somma anticipata.

La Prestazione non è operante se il trasferimento di valuta all'Estero comporta violazione delle disposizioni in materia di antiriciclaggio.

Il Socio deve comunicare la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria, il suo recapito e le indicazioni delle referenze che consentano di verificare i termini della garanzia di restituzione dell'importo anticipato. Il Socio deve provvedere a rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire, oltre alla somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente. La garanzia è operante quando l'Evento si verifica a oltre 50 (cinquanta) km dal comune di residenza del Socio.

#### **D.18) INVIO DI UN INFERMIERE PER ASSISTENZA DI UN FAMILIARE NON AUTOSUFFICIENTE**

Se il Socio convive da solo con un familiare non autosufficiente e deve ricoverarsi a seguito di malattia o infortunio, la Centrale Salute provvederà a inviare presso il domicilio del Socio un infermiere per assistere il familiare non autosufficiente. CDS terrà a proprio carico l'onorario fino a un massimo di € 500 (cinquecento) per Evento. Per non autosufficiente si intende la persona invalida che necessita di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita. Tale stato deve essere certificato da accertamento medico legale rilasciato dalla commissione sanitaria dell'Asl di competenza per l'accertamento degli stati di invalidità civile (legge 104/92).

#### **D.19) ACCOMPAGNAMENTO DI MINORI**

Se il Socio in viaggio accompagnato da minori di 15 anni, purché in copertura con la presente adesione, si trova nell'impossibilità di occuparsi di loro, a giudizio di un sanitario che lo ha in cura, in seguito a malattia o infortunio, la Centrale Salute provvede a fornire un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per permettere a un familiare residente in Italia, di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia. CDS terrà a proprio carico il relativo costo. Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.

Il Socio deve comunicare nome, indirizzo e recapito telefonico del familiare affinché la Centrale Salute possa contattarlo e organizzare il viaggio.

#### **D.20) BABY-SITTER PER MINORI**

Se il Socio, a seguito di malattia o infortunio, viene ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore a 5 (cinque) giorni, oppure, a seguito di un ricovero in istituto di cura, è temporaneamente invalido, e pertanto impossibilitato ad accudire i figli minori di 15 (quindici) anni, la Centrale Salute segnalerà il nominativo di una baby sitter nella zona in cui si trova il Socio, compatibilmente con le disponibilità locali.

CDS terrà a proprio carico le relative spese fino a un massimo di € 100,00 (cento) al giorno e per un massimo di 5 (cinque) giorni per Evento.

#### D.21) COLLABORATRICE FAMILIARE

Se il Socio, a seguito di malattia o infortunio, è stato ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore a 5 (cinque) giorni e sia temporaneamente invalido, pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Centrale Salute segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova, compatibilmente con le disponibilità locali.

CDS terrà a proprio carico le relative spese fino a un massimo di € 100,00 (cento) al giorno e per un massimo di 5 (cinque) giorni per Evento.

#### D.22) CONSULENZA PEDIATRICA

Se il Socio, a seguito di malattia o infortunio del proprio figlio necessita di un consulto telefonico urgente e non riesce a reperire il proprio medico pediatra specialista, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Centrale Salute che valuteranno quale sia la Prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

#### D.23) SECONDA OPINIONE MEDICA

La Centrale Salute, attraverso i propri medici, mette a disposizione del Socio il servizio di **SECONDA OPINIONE MEDICA**, che fornisce una seconda consulenza medica relativa a un approfondimento del proprio stato di salute. Il Socio, a seguito di malattia o infortunio diagnosticati o trattati terapeuticamente potrà contattare, direttamente o tramite il proprio medico curante, i medici della Centrale Salute per ottenere una consulenza sulla diagnosi effettuata nei suoi confronti. Per beneficiare della Prestazione, il Socio o il medico curante dovranno:

- spiegare ai medici della Centrale il caso clinico,
- compilare il questionario che sarà appositamente fornito,
- mettere a disposizione prove, biopsie, radiografie, risonanze magnetiche ed ogni altra informazione medica che sia necessaria per potere valutare il caso.

La Centrale Salute procede alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria, provvede all'eventuale traduzione in lingua inglese, ed effettua la seconda opinione medica mettendosi in contatto con i medici e gli ospedali specializzati nella malattia o quadro clinico del Socio.

Il servizio di **SECONDA OPINIONE MEDICA** sarà effettuato sempre sulla base del quadro clinico del Socio e sulla corrispondente prima opinione medica effettuata dai medici che lo hanno assistito e che saranno forniti alla Centrale Salute dal Socio, o dal suo medico di fiducia, come condizione necessaria per la Prestazione del servizio. La risposta in forma scritta e in lingua inglese con annessa traduzione in italiano, della **SECONDA OPINIONE MEDICA** sarà trasmessa dalla Centrale Salute al Socio o al suo medico di fiducia nel termine normale di 15 giorni feriali, e comunque al massimo entro 40 giorni feriali.

Entro 10 giorni dalla data di ricevimento della seconda opinione medica è facoltà del Socio chiedere di conferire, alla presenza del direttore medico della Centrale Salute ed eventualmente con l'assistenza del proprio medico curante, con il consulente del centro medico internazionale di riferimento mediante collegamento telefonico o videoconferenza. Concordata con la Centrale Salute e con il medico curante la necessità della videoconferenza, la Centrale Salute metterà a disposizione del Socio e di un eventuale accompagnatore (familiare, medico curante...) un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di presenziare, presso gli uffici a ciò adibiti dalla centrale di telemedicina, alla videoconferenza. CDS terrà a proprio carico le relative spese sino a un massimo di € 800 (ottocento) per evento.

La Prestazione è operante dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali.

# GLOSSARIO

## ACCREDITAMENTO CON S.S.N

Utilizzo di strutture sanitarie private convenzionate con il S.S.N. nel momento in cui erogano le prestazioni in regime di accreditamento.

## CARTELLA CLINICA

Documento ufficiale e atto pubblico redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

## CDS

CDS La Città del Sole (di seguito denominato CDS) con sede in Napoli, Via dei Tribunali, 253 c/o Pio Monte della Misericordia.

## CENTRALE SALUTE

La Centrale Salute, composta da personale dotato di competenze tecnico mediche, deputata alla gestione degli adempimenti relativi alle richieste di assistenza formulate dai Soci Ordinari di CDS e a svolgere la gestione amministrativa e contabile e la liquidazione degli eventi - in regime rimborsuale e di assistenza diretta.

## DATA DI ADESIONE

Il primo giorno del mese successivo rispetto alla data di sottoscrizione.

## DATA DI EFFETTO GARANZIA

Vedasi definizione Termini di Aspettativa/ Carenza.

## DATA DI SOTTOSCRIZIONE

La data in cui il contratto è stipulato.

## DAY HOSPITAL / DAY SURGERY

La degenza, senza pernottamento, in Istituto di cura. Struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (day hospital) o prestazioni chirurgiche (day surgery) eseguite dai medici chirurghi specialisti con redazione di cartella clinica.

## EVENTO

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la copertura.

## INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO

Importo forfettario giornaliero che CDS eroga nel caso di ricovero del Socio in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni ricevute in quanto a totale carico del SSN.

## INDENNIZZO

La somma dovuta nel caso si verifichi un evento oggetto della copertura.

## INFORTUNIO

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

## INTERVENTO CHIRURGICO

Provvedimento terapeutico che viene attuato con manovre manuali o strumentali, cruento, eseguito anche senza ricovero presso le strutture sanitarie.



## **ISTITUTO DI CURA**

Ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

## **MALATTIA**

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

## **MASSIMALE**

La disponibilità unica, ovvero la spesa massima rimborsabile per il Socio per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nel periodo di copertura.

## **MODALITÀ D'INDENNIZZO**

- Forma diretta: Pagamento dell'indennizzo dovuto direttamente alla struttura sanitaria e al medico convenzionati;
- Forma indiretta: Rimborso al Socio delle spese sostenute per prestazioni eseguite non in regime di convenzionamento;
- Forma Mista: Pagamento parte in forma diretta (indennizzo diretto alla struttura e/o medico convenzionato) parte in forma indiretta (rimborso delle spese da effettuarsi dopo il ricevimento della documentazione per la parte di prestazione eseguita da struttura e/o medico non convenzionato).

## **PATOLOGIA IN ATTO / PATOLOGIA PREESISTENTE**

Malattie diagnosticate che abbiano reso necessario cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'effetto dell'adesione a CDS.

## **PERIODO DI COPERTURA**

L'intervallo di tempo intercorrente tra la data di adesione a CDS e la scadenza annuale successiva. Non sono possibili scadenze inferiori ai 12 mesi.

## **PRESTAZIONI**

I servizi erogati da CDS. Le forme possono essere le seguenti:

- Prestazioni Dirette: Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati;
- Prestazioni Indirette: Utilizzo di strutture sanitarie e medici non convenzionati;
- Prestazioni Miste: Utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate e medici convenzionati o di strutture sanitarie convenzionate e medici non convenzionati;
- Prestazioni in Accreditamento con SSN: presso strutture sanitarie private accreditate con SSN.

## **QUOTA A CARICO DEL SOCIO**

Parte non rimborsabile dell'evento indennizzabile, espressa rispettivamente in importo e/o in percentuale sull'ammontare della spesa, che rimane a carico del Socio.

## **RICOVERO - DEGENZA**

Permanenza in istituto di cura con pernottamento o in Day Hospital / Day Surgery. Non è considerato ricovero la permanenza in Pronto Soccorso, nè pernottamento le notti passate in Pronto Soccorso.

## **SINGLE**

Versione nella quale è possibile ottenere la copertura per una sola persona che coinciderà con il Socio del Fondo.

## **SOCIO SOSTENITORE**

Socio afferente al Socio Ordinario

## **SOCIO**

Il "Socio Ordinario" che ha aderito a CDS, titolare dell'adesione al piano sanitario, nonché i componenti del nucleo familiare indicati nel modulo di adesione

### **SCOPERTO - QUOTA A CARICO DEL SOCIO**

Parte dell'evento indemnizzabile, espressa rispettivamente in cifra fissa ed in percentuale l'ammontare della spesa, che rimane a carico del Socio

### **STRUTTURE SANITARIE**

- Strutture Sanitarie Private / Medici;
- Strutture Sanitarie Pubbliche;
- Strutture Sanitarie Private accreditate con il S.S.N.

### **TERMINI DI ASPETTATIVA / CARENZA**

Il periodo di tempo che intercorre fra la data di effetto dell'opzione e l'inizio della garanzia.

### **VISITA SPECIALISTICA**

Visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

# Prestazione Facoltativa Individuale

## SPESE DENTISTICHE

In fase di adesione o successivo rinnovo, il Socio per se stesso e per gli altri componenti del nucleo familiare, può decidere di aderire al servizio Spese Dentistiche pagando la relativa quota annuale.

Il servizio riservato agli Aderenti al Piano Sanitario **in Famiglia 100** ed erogato all'interno del network di dentisti odontoiatri convenzionati comprende due tipi di prestazioni:

- 1) Prestazioni senza costo (S/C)
- 2) Prestazioni a costo convenzionato

L'informativa completa, l'elenco dei dentisti presenti nel network, l'elenco sempre aggiornato delle prestazioni offerte senza costo, o con quota a carico o escluse è disponibile sul sito [www.adegroup.eu](http://www.adegroup.eu) o direttamente al link: <http://www.grup-ade.es/ItaliaPD/>

### Descrizione del Servizio

Con l'adesione al Piano Sanitario e finché lo stesso è in vigore, si offre il servizio "Spese Dentistiche" che permette di:

A) fruire a propria semplice richiesta di una serie di prestazioni odontoiatriche rese dalla rete di medici dentisti/centri odontoiatrici convenzionati disponibili sul sito [www.adegroup.eu](http://www.adegroup.eu) per qualsiasi esigenza di cura dentaria.

B) beneficiare per le prestazioni del paragrafo precedente delle particolari condizioni di tariffa fortemente agevolate, descritte nel presente disciplinare o reperibili sul sito [www.adegroup.eu](http://www.adegroup.eu) al seguente link:

<http://www.adegroup.eu/it/home/glossario-trattamenti/gmx-niv50.htm> che specifica analiticamente il costo di ciascuna. Le prestazioni con indicazione S/C (senza compenso) sono gratuite. Le prestazioni non riportate nel piano tariffario sono escluse.

Il servizio "Spese Dentistiche" sarà fornito a decorrere dal primo giorno del secondo mese seguente alla data di decorrenza del Piano Sanitario (esempio: decorrenza card 20 Aprile, decorrenza servizio 1 Giugno); in caso di successive proroghe annuali, il servizio sarà fornito senza interruzioni a decorrere dall'inizio di ciascuna annualità prorogata.

### Modalità di Erogazione

In caso di necessità di cure dentarie, il Socio deve richiedere un appuntamento nei giorni lavorativi al dentista convenzionato identificandosi come Socio del Piano Sanitario **in Famiglia 100**. Il Socio riceverà un preventivo dettagliato e dopo averlo valutato sceglierà se accettarlo o meno.

In qualunque momento potrà essere richiesta al Socio prova dell'esistenza in vigore del Piano Sanitario **in Famiglia 100**.

Qualora non possa presentarsi ad un appuntamento prenotato, il Socio ha l'onere di avvisare in anticipo il dentista convenzionato o in alternativa contattare il numero 02-87394965

