

# Presentazione Piani Sanitari



La Mutua



# Chi siamo

Casagit Salute ETS – Società Nazionale di Mutuo Soccorso dei Giornalisti Italiani «Angiolo Berti».

Nel 1974 nasce come un'associazione privata senza scopo di lucro per i giornalisti italiani.

Nel 2020 diventa Società Nazionale di Mutuo Soccorso **aperta a tutti i cittadini italiani**.

Scopo primario è assicurare ai Soci e ai loro familiari **un sistema integrativo dell'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale** con una copertura delle spese sanitarie che prosegue anche dopo il pensionamento e senza limiti d'età.

**Gli assistiti:** oltre 53.000 tra soci e loro familiari.



# Le caratteristiche distintive che ci riconoscono i soci

- Manteniamo l'assistenza sanitaria a qualsiasi età e per tutta la vita.
- Non richiediamo visite mediche preliminari o la compilazione di un questionario sanitario:
  - nessuna selezione del rischio in entrata;
  - le patologie pregresse non hanno alcuna influenza sulle coperture sanitarie e sulla contribuzione.
- Nessuna incidenza della sinistrosità sulla contribuzione e sulla durata delle coperture.
- Massima libertà nella scelta del medico. Il socio riceverà lo stesso rimborso sia rivolgendosi ai medici di propria fiducia che ai medici convenzionati con Casagit Salute.
- Nessuna burocrazia per l'accesso alle prestazioni specialistiche e diagnostiche (basta la prescrizione medica).
- **Non è richiesta la certificazione di un evento patologico** in corso per avere accesso alle prestazioni (massima libertà nella prevenzione).



# Le caratteristiche distintive che ci riconoscono i soci

- Possibilità di iscrivere i familiari (coniuge/convivente more uxorio, figli) anche non fiscalmente a carico.
- I figli possono essere assistiti fino ai 35 anni di età, indipendentemente dal requisito di convivenza.
- Possibilità di sospendere l'iscrizione nei periodi di difficoltà economica.
- Possibilità di **cambiare** Piano Sanitario ogni 3 anni.
- Coperture previste dai Piani Sanitari sono valide in Italia e all'estero.
- I benefici fiscali:
  - detraibilità del contributo (premio) nella misura del 19% fino ad un importo massimo di € 1.300,00;
  - detraibilità delle spese sanitarie non rimborsate nella misura del 19%.



# Le coperture sanitarie



# Accertamenti e Visite Specialistiche

	Salute Protetta	Salute Serena
<b>Accertamenti clinici</b> <i>(esami di laboratorio: analisi del sangue, urine)</i>	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 1.000 annui per persona/nucleo	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 125 annui per persona
<b>Accertamenti diagnostici</b> <i>(alta diagnostica: RMN, TAC, endoscopie, doppler, etc bassa diagnostica: ecografie, radiografie)</i>	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 15.000 annui per persona/nucleo	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 8.000 annui per persona/nucleo
<b>Visite specialistiche</b>	Rimborso entro il limite della tariffa e senza massimale	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 800 annui per persona/nucleo
<b>Pacchetto maternità</b> <i>(ecografie ostetriche e morfologiche, analisi cliniche e indagini genetiche, amniocentesi, villocentesi, translucenza nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio dello sviluppo del feto)</i>	Prestazioni incluse negli accertamenti clinici e diagnostici	Rimborso 100% entro il limite del massimale: € 500 per evento (inteso come intero periodo della gravidanza)
<b>Pacchetto prevenzione</b> <i>(dermatologico, ginecologico, oculistico, urologico)</i>	Prestazioni incluse negli accertamenti clinici e diagnostici e visite	Rimborso 100% entro il limite del massimale: € 200 annui per persona/nucleo



# Ricoveri

	Salute Protetta	Salute Serena
<b>Ricoveri per Grandi Interventi</b>	Gli interventi chirurgici sono suddivisi in 7 classi, a seconda della loro complessità Il rimborso è in funzione del massimale dell'intervento	Gli interventi chirurgici sono suddivisi in 7 classi, a seconda della loro complessità Il rimborso è in funzione del massimale dell'intervento
<b>Ricoveri con intervento chirurgico</b>	In caso di ricorso al S.S.N. € 100 rimborso forfetario giornaliero massimo 30 giorni - franchigia 2 giorni	In caso di ricorso al S.S.N. € 70 rimborso forfetario giornaliero massimo 30 giorni - franchigia 2 giorni
<b>Ricoveri senza intervento chirurgico</b>	€ 700 al giorno massimo 5 giorni 3 ricoveri all'anno  In caso di ricorso al S.S.N. € 75 rimborso forfetario giornaliero massimo 30 giorni - franchigia 2 giorni	€ 450 al giorno massimo 5 giorni 3 ricoveri all'anno  In caso di ricorso al S.S.N. € 50 rimborso forfetario giornaliero massimo 30 giorni - franchigia 2 giorni
<b>Cure oncologiche</b> <i>(chemioterapia, radioterapia, altre terapie finalizzate alla cura di malattie oncologiche)</i>	Rimborso 100% entro il limite del massimale: € 6.000 annui per persona	Rimborso 100% entro il limite del massimale: € 2.000 annui per persona





# Ricoveri

Tutti gli interventi sono raggruppati in SETTE CLASSI di intervento e il rimborso avviene a seconda della classe di appartenenza.

CLASSE	ALCUNI INTERVENTI	RIMBORSO SALUTE PROTETTA	RIMBORSO SALUTE SERENA
VII	GASTRECTOMIA, TRAPIANTI D'ORGANO, PNEUMECTOMIA	€ 100.000,00	€ 50.000,00
VI	INTERVENTI DI CARDIOCHIRURGIA, PANCREATECTOMIA, ISTERECTOMIA RADICALE, CRANIOTOMIA, ERNIA DEL DISCO	€ 27.000,00	€ 18.000,00
V	MASTECTOMIA, FRATTURE DEI MASCELLARI, ARTROPROTESI SPALLA, GINOCCHIO, GOMITO	€ 11.000,00	€ 7.500,00
IV	MENISCO, SAFENECTOMIA LAPAROTOMIA ESPLORATIVA	€ 7.800,00	€ 5.200,00
III	APPENDICECTOMIA, CUFFIA DEI ROTATORI, SETTOPLASTICA RICOSTRUTTIVA	€ 6.000,00	€ 4.000,00
II	ALLUCE VALGO, DITO A MARTELLO, CATARATTA	€ 3.900,00	€ 2.600,00
I	TUMORE BENIGNO O MALIGNO DI CUTE, ASPORTAZIONE CISTI, EMORROIDI	€ 800,00	€ 550,00



## Cure odontoiatriche

	Salute Protetta	Salute Serena
<b>Igiene orale</b>	€ 50 annui per persona	€ 50 annui per persona
<b>Prestazioni odontoiatriche</b>	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 4.000 annui per persona/nucleo	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 2.000 annui per persona/nucleo

## Lenti

	Salute Protetta	Salute Serena
<b>Occhiali e lenti a contatto</b> <i>Rimborso di montatura, lenti e/o lenti a contatto</i>	€ 190 per persona/nucleo nel biennio per difetto visivo (annuale per i minorenni)	€ 150 per persona/nucleo nel triennio

# Riabilitazioni

	Salute Protetta	Salute Serena
<b>Terapie fisiche e riabilitative</b>	Rimborso entro il limite della tariffa da 12 a 104 sedute in funzione dell'evento (patologia, ricovero, infortunio)	<i>Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 1.200 annui per persona/nucleo (solo a seguito di infortunio o ricovero)</i>
<b>Protesi e presidi sanitari</b>	Rimborso entro il limite della tariffa	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 800 annui per persona/nucleo (solo a seguito di infortunio o ricovero)
<b>Cure termali</b>	Rimborso del ticket entro il limite del massimale: € 150 annui per persona/nucleo	Rimborso del ticket entro il limite del massimale: € 150 annui per persona/nucleo (solo a seguito di infortunio o ricovero)

## Assistenza ai non autosufficienti - LTC

In caso di perdita di autosufficienza nel compiere gli atti elementari della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, nutrirsi, andare in bagno, mobilità, spostarsi) è prevista la corresponsione di una rendita vitalizia mensile di € 500, erogata da una primaria assicurazione, per fronteggiare il costo delle prestazioni di carattere socio assistenziale rese necessarie dalla condizione di impossibilità del soggetto a prendersi cura di se stesso.

La rendita è la stessa per entrambi i Piani Sanitari.



# Assistenza in emergenza

Il servizio attraverso un numero verde attivo **24 ore su 24, 7 giorni su 7** fornisce i seguenti servizi:

➤ **ASSISTENZA MEDICA D'URGENZA**

consulto medico telefonico; videoconsulto medico e specialistico; prescrizione medica; invio di un medico o di un'ambulanza in caso di emergenza

➤ **SERVIZI UTILI PRIMA, DURANTE E DOPO IL RICOVERO**

trasferimento sanitario programmato, presso l'istituto di cura e rientro all'abitazione; assistenza non specialistica presso l'istituto di cura (durante il ricovero); reperimento e fornitura di presidi medico-chirurgici; assistenza infermieristica; reperimento e consegna farmaci; invio di un fisioterapista o di un Operatore Socio-Assistenziale; disbrigo delle quotidianità

➤ **ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATA**

prelievo campioni; consegna esiti esami

➤ **ASSISTENZA ALL'ESTERO**

invio di medicinali; trasferimento/rimpatrio sanitario; rientro anticipato; viaggi di un familiare in caso di ricovero; interprete

➤ **CONSULENZA VETERINARIA D'URGENZA**

# Assistenza sociosanitaria

Servizi di orientamento e supporto sociosanitario per tutti i soci e per i loro familiari, in linea diretta, anche se non iscritti.



# La rete convenzionata

Casagit Salute ha una propria e selezionata rete di strutture convenzionate per l'erogazione di prestazioni sanitarie sia in forma diretta che indiretta, distribuita sul territorio nazionale. Il network Casagit Salute è costituito da:

- Case di cura: **200**;
- Centri diagnostici e specialistici: **200**. Casagit Salute gestisce direttamente un poliambulatorio a Roma, con oltre 70 medici specialisti, in cui è possibile effettuare visite specialistiche, indagini diagnostiche, analisi del sangue e fisioterapia;
- Medici specialisti: **480**;
- Studi odontoiatrici: **750**.

Con la Casagit Card è possibile avere anche:

- tariffe scontate in strutture sanitarie d'eccellenza per visite specialistiche, analisi cliniche, cure odontoiatriche, riabilitazione e accertamenti diagnostici (tac, risonanza magnetica, radiografie, ecografie ecc.), anche per prestazioni non previste dal profilo di appartenenza;
- sconti in negozi di ottica e pacchetti assicurativi.



# Le quote contributive

## Salute Protetta

Adesioni	< 40 anni	< 40 anni con sconto fino al 30/06/2025	Tra 40 e 61 anni	Tra 40 e 61 anni con sconto fino al 30/06/2025	Tra 61 e 75 anni	Tra 61 e 75 anni con sconto fino al 30/06/2025
Singolo	€ 1.421,40	€ 1.208,19	€ 1.932,00	€ 1.642,20	€ 2.953,20	€ 2.510,22
+ 1 familiare	€ 2.001,00	€ 1.700,85	€ 2.787,60	€ 2.369,46	€ 4.526,40	€ 3.847,44
+ 2 familiari	€ 2.401,20	€ 2.041,02	€ 3.546,60	€ 3.014,61	€ 5.741,80	€ 4.879,68
+ 3 familiari	€ 2.801,40	€ 2.381,19	€ 4.250,40	€ 3.612,84	€ 6.900,00	€ 5.865,00

## Salute Serena

Adesioni	< 40 anni	< 40 anni con sconto fino al 30/06/2025	Tra 40 e 61 anni	Tra 40 e 61 anni con sconto fino al 30/06/2025	Tra 61 e 75 anni	Tra 61 e 75 anni con sconto fino al 30/06/2025
Singolo	€ 1.035,00	€ 879,75	€ 1.380,00	€ 1.173,00	€ 2.125,20	€ 1.806,42
+ 1 familiare	€ 1.407,60	€ 1.196,46	€ 2.139,00	€ 1.818,15	€ 3.257,80	€ 2.768,28
+ 2 familiari	€ 1.697,40	€ 1.442,79	€ 2.705,80	€ 2.299,08	€ 4.140,00	€ 3.519,00
+ 3 familiari	€ 1.987,20	€ 1.689,12	€ 3.257,80	€ 2.768,28	€ 4.968,00	€ 4.222,80



Come funziona



# Accessibilità e decorrenza

## **Chi può accedere ai Piani Sanitari?**

Tutti i professionisti CUP-ER fino al compimento del 75esimo anno d'età.

## **Quando decorre l'iscrizione?**

L'iscrizione decorre dal 1° giorno del mese successivo alla presentazione della domanda.

## **Quando inizia la copertura?**

Per tutte le prestazioni, decorsi 90 giorni dalla data di iscrizione.

Per ricoveri e interventi chirurgici conseguenti a patologie manifestamente preesistenti al momento dell'iscrizione, l'assistenza decorre dopo 12 mesi dall'iscrizione; dopodiché per i successivi 24 mesi il rimborso sarà pari al 50% di quello previsto dal Nomenclatore tariffario.

Non sono soggette a Carenza le richieste di iscrizione pervenute dai professionisti CUP-ER che siano già iscritti ad altri enti o fondi di assistenza sanitaria che facciano richiesta di iscrizione o di iscrizione posticipata a CASAGIT SALUTE, in continuità rispetto alla precedente copertura, entro e non oltre il 30/06/2025.

## **Quanto dura la copertura?**

È per tutta la vita. L'iscrizione ha una durata minima obbligatoria iniziale di 3 anni.





# Presentazione richieste di rimborso

## **Come richiedere il rimborso?**

È sufficiente presentare, attraverso la propria AREA RISERVATA o APP, il documento di spesa, corredato dall'eventuale documentazione aggiuntiva indicata nel Nomenclatore Tariffario.

## **Quali sono i tempi per la presentazione?**

Per ottenere il rimborso delle spese sanitarie sostenute, tutta la documentazione necessaria deve pervenire entro la fine del trimestre successivo a quello in cui cade la data del giustificativo di spesa.

La richiesta presentata fuori termine comporta la decadenza dal diritto di rimborso per le spese sanitarie interessate.

## **Quando avviene il pagamento?**

Il pagamento della prestazione in caso di richiesta in forma indiretta/rimborsuale sarà effettuato entro 30 giorni lavorativi dalla ricezione di tutta la documentazione.



# Come diventare socio

Per iscriversi è sufficiente presentare *Domanda di iscrizione* allegando copia del documento d'identità, della tessera sanitaria e del documento comprovante la qualità di professionista CUP-ER e, in caso di iscrizione dei familiari, anche la *Domanda d'iscrizione familiari* con i relativi documenti.

Per maggiori informazioni:



[www.casagitsalute.it](http://www.casagitsalute.it)



[pianisanitari@mail.casagit.it](mailto:pianisanitari@mail.casagit.it)



800 548831

