

Scheda piano sanitario Salute Giovane

Questo documento è uno strumento di sintesi del Piano Sanitario Salute Giovane. Per maggiori informazioni è possibile consultare il Regolamento Applicativo Generale, il Regolamento del Piano Sanitario e il Nomenclatore Tariffario.

A chi è rivolto?

A tutte le persone fino ai 60 anni.

È possibile iscrivere il nucleo familiare?

Il socio può iscrivere i seguenti familiari:

- ◆ **coniuge** o convivente more-uxorio;
- ◆ **figli** fino al compimento del 35° anno d'età.

Cosa prevede il piano sanitario?

Ricoveri

Ricoveri per grandi interventi

Gli interventi chirurgici previsti sono indicati nell'Elenco Grandi Interventi. Il rimborso è in funzione del massimale dell'intervento

Ricoveri

Ricoveri con intervento chirurgico

€ 70 rimborso forfetario giornaliero - massimo 30 giorni - franchigia 2 giorni

Ricoveri senza intervento chirurgico

€ 50 rimborso forfetario giornaliero - massimo 30 giorni - franchigia 2 giorni

Cure oncologiche

(chemioterapia, radioterapia, altre terapie finalizzate alla cura di malattie oncologiche)

Rimborso 100% entro il limite del massimale: € 1.500 annui per persona

Accertamenti e visite specialistiche

Accertamenti clinici

(esami di laboratorio: analisi del sangue, urine)

Rimborso entro i limiti previsti dal Nomenclatore Tariffario e del massimale di: € 75 annui per persona

Accertamenti diagnostici

(es. RMN, TAC, endoscopie, doppler, etc, ecografie, radiografie, ...)

Rimborso entro i limiti previsti dal Nomenclatore Tariffario e del massimale di: € 1.200 annui per persona

Visite specialistiche

Rimborso entro i limiti previsti dal Nomenclatore Tariffario e del massimale di: € 100 annui per persona

Pacchetto maternità

(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)

Rimborso 100% della spesa entro il limite del massimale di: € 250 per le prestazioni effettuate durante il periodo di gravidanza

Pacchetto prevenzione

(-dermatologico: visita specialistica e mappatura dei nei in epiluminescenza;
-ginecologico: visita specialistica, ricerca papilloma virus (HPV);
-oculistico: visita specialistica, misurazione acutezza visiva per lontano e vicino, tonometria, fondo dell'occhio, valutazione motilità oculare;
-urologico: visita specialistica, PSA, PSA Free, ecografia transrettale.

Rimborso 100% entro il limite del massimale:
€ 100 annui per persona

Cure odontoiatriche

Prevenzione odontoiatrica (igiene orale)

€ 50 annui per persona

Lenti

Occhiali e lenti a contatto (inclusa montatura)

€ 150 per persona ogni tre anni

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** per fronteggiare il costo delle prestazioni di carattere socio assistenziale rese necessarie dalla condizione di impossibilità del soggetto a prendersi cura di se stesso nello svolgimento di almeno 3 su 6 delle attività elementari della vita quotidiana

Assistenza in emergenza

Un servizio attivo **24 ore su 24, 7 giorni su 7**:

- ◆ tele-video consulto medico generico o specialistico
- ◆ reperimento e invio di un medico
- ◆ assistenza prima, durante e dopo il ricovero: trasferimento sanitario programmato; assistenza infermieristica, fisioterapica o socio-assistenziale
- ◆ assistenza all'estero: trasporto sanitario; rientro anticipato da un viaggio; interprete
- ◆ consulenza veterinaria d'urgenza

Quanto costa?

Fasce d'età	Socio	Coniuge	Figli
da 0 a 10 anni	€ 72,00		€ 50,40
da 11 a 20 anni	€ 150,00	€ 120,00	€ 105,00
da 21 a 30 anni	€ 252,00	€ 201,60	€ 176,40
da 31 a 40 anni	€ 300,00	€ 240,00	€ 210,00
da 41 a 50 anni	€ 330,00	€ 264,00	
da 51 a 60 anni	€ 348,00	€ 278,40	
da 61 anni	€ 492,00	€ 393,60	

Quando inizia la copertura e quando finisce?

- Durata** ◆ È per tutta la vita. L'iscrizione ha una durata minima obbligatoria iniziale di 3 anni.
- Ingresso in 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.
- Interruzione** ◆ È possibile richiedere l'interruzione per un periodo massimo di 3 anni. Gli effetti sono la sospensione del versamento delle quote contributive e del diritto alle prestazioni sia in forma diretta che in forma indiretta.
- Recesso** ◆ È possibile recedere dopo il periodo minimo iniziale di 3 anni. In caso di recesso non sarà più possibile iscriversi alla Mutua a titolo di adesione individuale.

Come posso usufruire delle prestazioni?

- In forma diretta** ◆ È possibile accedere direttamente alle prestazioni sanitarie offerte dalle strutture convenzionate appartenenti al nostro Network Sanitario, prenotando la prestazione presso la struttura convenzionata: resteranno a carico solo eventuali franchigie, scoperti, marca da bollo, come previsto nel Piano Sanitario. La forma diretta è prevista per i ricoveri per i grandi interventi.
- In forma indiretta o rimborsuale** ◆ Le tipologie di prestazioni rimborsabili, il tetto massimo del rimborso ed eventuali franchigie sono indicate nel Piano Sanitario e nel Nomenclatore Tariffario.

Come posso richiedere il rimborso?

Per richiedere il rimborso, è sufficiente presentare, attraverso la propria **AREA RISERVATA**, il **documento di spesa**, corredato dall'eventuale documentazione aggiuntiva indicata nel Nomenclatore Tariffario.

Termini di presentazione delle richieste di rimborso e prescrizione

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, secondo lo schema di seguito riportato.

Le date indicate rappresentano il termine ultimo per la presentazione. La richiesta presentata fuori termine comporta la decadenza al diritto di rimborso per le spese sanitarie interessate.

Trimestre solare	Data del giustificativo di spesa	Entro e non oltre
1°	gennaio-febbraio-marzo	30 giugno
2°	aprile-maggio-giugno	30 settembre
3°	luglio-agosto-settembre	31 dicembre
4°	ottobre-novembre-dicembre	31 marzo

Liquidazione

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

È possibile cambiare il piano sanitario?

È possibile, decorso il **periodo minimo di 3 anni** di contribuzione nel Piano Sanitario, entro l'età massima di 60 anni per la provenienza da un Piano Sanitario che presenti un livello di copertura inferiore. È concessa la facoltà, per **una sola volta** nel corso del proprio rapporto con la Mutua, di passare da un Piano Sanitario ad altro Piano Sanitario che presenti un livello di copertura inferiore. L'opzione per il passaggio da un Piano Sanitario ad un altro deve essere esercitata entro il 1° dicembre e avrà effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo.

Come posso presentare delle segnalazioni o richieste di chiarimento sulla liquidazione?

È possibile presentare delle segnalazioni utilizzando la procedura presente sul sito della Mutua

Regime fiscale

	Soci	Familiari
Trattamento fiscale sui contributi versati	detraibilità nella misura del 19% fino ad un importo massimo di € 1.300,00	non è prevista la detraibilità
Trattamento fiscale sulle prestazioni ricevute	le spese non rimborsate sono detraibili nella misura del 19%	le spese anche se rimborsate sono detraibili nella misura del 19%

Contatti

◆ Telefono
800548831

◆ Assistenza in emergenza
800902908

◆ Sede legale e operativa
Via Marocco, 61 00144 Roma

◆ Web
www.casagitsalute.it