

Scheda piano sanitario W-IN PLUS

Questo documento è uno strumento di sintesi del Piano Sanitario.

Per maggiori informazioni consultare il Regolamento Applicativo Generale, il Regolamento del Piano Sanitario e il Nomenclatore Tariffario.

Cosa prevede il Piano Sanitario?

Ricoveri

Ricoveri con intervento chirurgico

Gli interventi chirurgici previsti sono indicati nell'Elenco Grandi Interventi.

Il rimborso è in funzione del massimale dell'intervento.

In caso di ricorso al S.S.N.: € 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:
€ 2.000 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:
€ 100 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:
€ 5.000 annui per persona.

Visite specialistiche

Rimborso entro i limiti previsti dal Nomenclatore Tariffario e
del massimale di:
€ 500 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:
€ 500 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:
€ 150 annui per persona.

Cure odontoiatriche

Prevenzione odontoiatrica (igiene orale)

€ 50 annui per persona.

Prestazioni odontoiatriche (radiologia; chirurgia orale e implantologia; terapie conservative; ortodonzia; protesi)

Rimborso entro i limiti previsti dal Nomenclatore Tariffario e
del massimale di:
€ 1.500 annui per persona.

Lenti

Occhiali e lenti a contatto (inclusa montatura)

€ 150 ogni tre anni per persona.

Riabilitazioni

Terapie fisiche e riabilitative

Rimborso entro i limiti previsti dal Nomenclatore Tariffario e
del massimale di:
€ 1.000 annui per persona (solo a seguito di infortunio o
ricovero)

Assistenza ai non autosufficienti

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, fisioterapia o socio-assistenziale
- ❖ assistenza all'estero: trasporto sanitario; rientro anticipato da un viaggio; 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.

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 e marca da bollo, come previsto nel Piano Sanitario.

La forma diretta è prevista per i ricoveri, per le cure odontoiatriche, per gli accertamenti clinici e diagnostici e per le visite specialistiche.

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** o utilizzando l'**APP**, 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.

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

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.

Contatti

Telefono

800 688 309

Sede legale e operativa

Via Marocco, 61 00144 Roma

Assistenza in emergenza

800 902 908

Web

www.casagitsalute.it