# FONDOASIM

Fondo assistenza sanitaria integrativa multiservizi




## GUIDA AL PIANO SANITARIO

Per tutte le prestazioni previste dal Piano sanitario consultare
www.fondoasim.it 24 h su 24, 365 giorni l'anno.

Per tutte le prestazioni erogabili attraverso strutture convenzionate, per quelle dell'area ricovero e per le richieste di rimborso è opportuno contattare il numero del Fondo ASIM 06/44341265 dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 16:30.

## Guida al Piano sanitario Fondo ASIM

Questo manuale è stato predisposto in modo da costituire un agile strumento esplicativo; in nessun caso può sostituire il contratto, del quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali.
Il contratto resta, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

Le prestazioni sono garantite da:

FONDO ASIM Fondo assistenza sanitaria integrativa multiservizi
UniSalute SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE
Si Salute PIÙ SERVIZI PER LA TUA SALUTE

**Queste Prestazioni sono in vigore dal 01/04/2021**

## SOMMARIO

1 Benvenuto ..... 5

2 Come utilizzare le prestazioni del Piano sanitario ..... 5
2.1 Se scegli una struttura convenzionata ..... 5
2.2 Se scegli una struttura non convenzionata ..... 7
2.3 Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale ..... 8
2.4 Termini di prescrizione e condizioni di rimborso ..... 9

3 Servizi online ..... 9
3.1 Come faccio a registrarmi al sito www.fondoasim.it per accedere ai servizi nell'Area Riservata? ..... 9
3.2 Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate? ..... 10
3.3 Come faccio ad aggiornare online i miei dati? ..... 11
3.4 Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano sanitario e le strutture sanitarie convenzionate? ..... 11
3.5 Come faccio a chiedere il rimborso delle prestazioni previste dal Fondo ASIM? ..... 12

4 Le persone per cui è operante la copertura ..... 12

5 Le prestazioni del Piano sanitario ..... 12
5.1 Indennità giornaliera per ricovero per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato in calce) ..... 13
5.2 Ospedalizzazione domiciliare per ricovero per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato in calce) ..... 14
5.3 Neonati ..... 15
5.4 Pacchetto maternità ..... 17
5.5 Alta specializzazione ..... 20
5.6 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici ..... 22
5.6.1 Visite specialistiche ..... 22
5.7 Accertamenti diagnostici ..... 23
5.8 Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio ..... 24
5.9 Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologia o intervento chirurgico ..... 25
5.10 Prestazioni diagnostiche particolari ..... 27
5.11 Prestazioni di implantologia ..... 29
5.12 Cure dentarie da infortunio ..... 30
5.13 Prestazioni odontoiatriche particolari ..... 31
5.14 Prestazioni odontoiatriche a tariffe agevolate ..... 32
5.15 Critical Illness ..... 32

6 Casi di non operatività del piano ..... 35

7 Alcuni chiarimenti importanti ..... 37
7.1 Estensione territoriale ..... 37
7.2 Limiti di età ..... 37

8 Long Term Care LTC (non autosufficienza) ..... 37
8.1 Oggetto ..... 38
8.2 Soggetti coinvolti ..... 38
8.3 Effetto della copertura ..... 38
8.4 Definizione dello stato di non autosufficienza ..... 39
8.4.1 Esclusioni in caso di perdita dell'autosufficienza permanente ..... 39
8.4.2 Limitazioni della copertura in caso di perdita dell'autosufficienza permanente ..... 40
8.5 Schema per l'accertamento dell'insorgere dello stato di non autosufficienza ..... 41
8.6 Denuncia, accertamento e riconoscimento della perdita di autosufficienza ..... 43
8.7 Erogazione della prestazione ..... 45
8.8 Il finanziamento dello schema LTC ..... 45
8.9 Limiti di età ..... 45

9 Elenco grandi interventi chirurgici ..... 46

# 1 BENVENUTO

La "Guida al Piano sanitario" è un utile supporto per l'utilizzo della copertura sanitaria. Ti consigliamo di seguire quanto indicato nella Guida ogni volta che devi utilizzare il Piano sanitario.

Ti informiamo che il **Fondo ASIM provvede direttamente al rimborso dei Ticket di alcune prestazioni sanitarie** effettuate dai lavoratori iscritti al Fondo - **presso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN)** - per le garanzie incluse nel proprio Piano sanitario.

Inoltre, **dal 1 gennaio 2021, il Fondo ASIM provvede anche al rimborso diretto di alcune prestazioni sanitarie effettuate presso strutture non convenzionate** indipendentemente dalla presenza delle stesse nella provincia di domiciliazione dell'iscritto.

## I servizi online offerti dal Fondo ASIM

Su www.fondoasim.it è disponibile un'**Area Riservata con funzionalità online** che semplificano l'utilizzo del Piano sanitario.

I servizi online sono **attivi 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno**. Per saperne di più, consulta il **capitolo "Servizi online"** della presente Guida.

# 2 COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

## 2.1 Se scegli una struttura convenzionata

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate, è disponibile su www.fondoasim.it, nell'Area Riservata all'interno del Portale LEO. È sempre aggiornato e facilmente consultabile.

Per le coperture che lo prevedono, utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di vantaggi rilevanti:

- non devi sostenere alcuna spesa (ad eccezione di una piccola franchigia laddove prevista) perché il pagamento delle prestazioni avviene direttamente tra il Fondo ASIM e la struttura convenzionata;
- riduci al minimo i tempi di attesa tra la richiesta e la prestazione.

**Prenotazione veloce**

Prenota online e usufruisci del servizio di **prenotazione veloce!**

All'atto dell'effettuazione della prestazione (che deve essere preventivamente autorizzata), **devi presentare alla struttura convenzionata un documento di identità e, laddove richiesta, la prescrizione del medico curante con l'indicazione della malattia accertata o presunta** e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

Dovrai sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano sanitario.

**Importante**

**Prima di una prestazione in una struttura convenzionata, verifica se il medico scelto è convenzionato.** Utilizza la **funzione "Prenotazioni"** accedendo alla tua area riservata **dal sito www.fondoasim.it** e clicca su Portale LEO, è comodo e veloce!

## 2.2 Se scegli una struttura non convenzionata

Per garantirti la più ampia libertà di scelta, il Piano sanitario prevede anche la possibilità di utilizzare strutture sanitarie private non convenzionate. Il rimborso delle spese sostenute avverrà secondo quanto previsto per le singole prestazioni.

Per chiedere il rimborso delle spese vai su **www.fondoasim.it** all'interno dell'Area Riservata e clicca su Portale LEO: puoi inviare i documenti direttamente dal sito.

**Richiesta di rimborso online**

Chiedi online il rimborso delle spese: invia i documenti in formato elettronico (upload) e risparmia tempo!

Se non puoi accedere a internet invia il **modulo di richiesta di rimborso,** con copia della documentazione a: **Fondo ASIM Ufficio Roma 158 Casella Postale 2400 - 00185 Roma RM.**

Di seguito trovi indicata la documentazione richiesta per il rimborso delle spese sanitarie sostenute, salvo quanto previsto dalle singole coperture del Piano sanitario:

- il **modulo di richiesta rimborso** compilato e sottoscritto, che puoi scaricare dal sito www.fondoasim.it;
- in caso di **indennità giornaliera** la lettera di dimissioni; qualora la prima non fosse sufficiente a verificare le condizioni di liquidabilità, sarà necessario inviare anche l'estratto della cartella clinica;
- in caso di **prestazioni extraricovero**, copia della prescrizione

contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante;

- **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) **in COPIA** in cui risulti il quietanzamento. Non è quindi necessario inviare i documenti in originale a meno che non venga esplicitamente richiesto dal Fondo ASIM.

Per una corretta valutazione della richiesta di rimborso, il Fondo ASIM avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il Fondo ASIM potrebbe richiedere eventuali controlli medici anche attraverso il rilascio di una specifica autorizzazione per superare il vincolo del segreto professionale cui sono sottoposti i medici che hanno effettuato visite e cure.

**Richiesta di rimborso cartacea**

Attenzione! I tempi di attesa saranno sensibilmente più lunghi pertanto ti invitiamo ad utilizzare il portale LEO!

## 2.3 Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

Se utilizzi il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., puoi chiedere il rimborso dei ticket su www.fondoasim.it all'interno dell'Area Riservata nel Portale LEO. È facile e veloce!

**Valutazione rimborso in 15 giorni**

Chiedi online il rimborso ticket e indennità giornaliera: segui la breve procedura guidata e **invia i documenti in formato elettronico. Risparmi tempo e ricevi la valutazione della tua richiesta entro 15 giorni**!

Se non puoi accedere al Portale del Fondo ASIM, utilizza il modulo di rimborso scaricabile dal sito www.fondoasim.it e invialo insieme a copia della documentazione a **Fondo ASIM Ufficio Roma 158 Casella Postale 2400 - 00185 Roma RM.**

### 2.4 Termini di prescrizione e condizioni di rimborso

Il termine di prescrizione per la richiesta di rimborso delle prestazioni è il 31 marzo dell'anno successivo la data di pagamento del Ticket SSN/fattura. Modalità unica di rimborso prevista è a mezzo bonifico bancario previa indicazione di iban.

## 3 SERVIZI ONLINE

### 3.1 Come faccio a registrarmi al sito www.fondoasim.it per accedere ai servizi nell'Area Riservata?

Nella home page del sito **www.fondoasim.it** clicca sulla voce "Area Riservata", "Registrati come lavoratore" e compila la maschera con i dati richiesti.

Riceverai una e-mail con un link su cui cliccare e, successivamente, una nuova e-mail con le istruzioni da seguire per finalizzare la registrazione.

Ti ricordiamo che per garantire i massimi livelli di sicurezza e di protezione delle informazioni, username e password devono essere diverse tra loro.

Inoltre, **ti ricordiamo che l'Username è il tuo Codice Fiscale**.

Qualora non ricordassi la password clicca su "Dimenticato la password'' nella home page e inserisci il tuo codice fiscale. Procederemo a inviarti all'indirizzo e-mail indicato una nuova password temporanea.

Tanti comodi servizi a tua disposizione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.

## 3.2 Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?

**Attraverso il portale del Fondo ASIM puoi prenotare presso le strutture convenzionate** varie prestazioni previste dal tuo Piano sanitario.

Collegati all'Area Riservata e accedi a Portale LEO, clicca sulla funzione "Prenotazioni" e potrai:

- prenotare direttamente la prestazione compilando l'apposito form;
- visualizzare tutti i dettagli relativi alla tua prenotazione;
- consultare il riepilogo degli appuntamenti;
- consultare la rete convenzionata;
- disdire/modificare una prenotazione.

**Prenotazione veloce**

Prenota online e usufruisci del servizio di **prenotazione veloce!**

## 3.3 Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

Accedi al Portale del Fondo ASIM. In base alle tue esigenze puoi:

- aggiornare l'indirizzo e i dati bancari (codice IBAN);
- comunicarci il tuo numero di cellulare e il tuo indirizzo e-mail per ricevere comodamente sul cellulare o sulla tua e-mail, utili messaggi.

**Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS**

Ricevi **conferma dell'appuntamento** fissato presso la struttura sanitaria convenzionata con indicazione di luogo, data e ora dell'appuntamento.

## 3.4 Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?

Sul sito **www.fondoasim.it** è possibile consultare il dettaglio delle prestazioni previste dal Piano Sanitario. La presente guida è disponibile anche all'interno della tua area riservata nella sezione "documentazione".

Per conoscere i centri convenzionati accedi all'Area Riservata e clicca su "Portale LEO".

### 3.5 Come faccio a chiedere il rimborso delle prestazioni previste dal Fondo ASIM?

Per richiedere il rimborso delle prestazioni previste dal Fondo ASIM, puoi accedere alla tua **"Area Riservata"** del sito e cliccare su **"Portale LEO"**.

Se non puoi accedere al Portale del Fondo ASIM, utilizza il Modulo di rimborso scaricabile all'interno della tua area riservata e invialo insieme alla copia della documentazione a **Fondo ASIM Ufficio Roma 158 Casella Postale 2400 - 00185 Roma RM.**

**Il Rimborso delle prestazioni potrà essere richiesto fino al 31 marzo dell'anno successivo.**

## 4 LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il Piano sanitario è prestato a favore dei dipendenti in forza presso le aziende che applicano il CCNL per i dipendenti di imprese esercenti servizi di pulizia e servizi integrati /multiservizi, iscritti al Fondo ASIM.

## 5 LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto durante l'operatività del Piano stesso per le seguenti prestazioni:

- **indennità giornaliera per ricovero per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato in calce);**

- **ospedalizzazione domiciliare per ricovero per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato in calce);**
- **neonati;**
- **pacchetto maternità;**
- **alta specializzazione;**
- **visite specialistiche e accertamenti diagnostici;**
- **trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio;**
- **trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologia o intervento chirurgico;**
- **prestazioni odontoiatriche particolari;**
- **prestazioni di implantologia;**
- **cure dentarie da infortunio;**
- **prestazioni diagnostiche particolari;**
- **prestazioni odontoiatriche a tariffe agevolate;**
- **critical illness;**
- **Long Term Care.**

## 5.1 Indennità giornaliera per ricovero per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato in calce)

In caso di ricovero in istituto di cura **per grande intervento chirurgico,** l'iscritto avrà diritto a un'indennità di **€ 40,00** per ogni giorno di ricovero per

un periodo non superiore a **90** giorni per ricovero.

Per ricovero si intende la degenza in istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità giornaliera, si provvede a corrispondere l'importo suindicato **per ogni notte trascorsa all'interno dell'istituto di cura.**

**La copertura viene erogata indipendentemente dal fatto che il ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata.**

**N.B:** L'indennità giornaliera sarà erogata solo per i grandi interventi chirurgici che abbiano richiesto un ricovero con pernottamento e che pertanto non siano stati eseguiti in regime di Day-Hospital e/o ambulatoriale.

In caso di grandi interventi chirurgici in Day-Hospital e/o intervento chirurgico ambulatoriale, verranno invece rimborsati integralmente i ticket eventualmente pagati in caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

## 5.2 Ospedalizzazione domiciliare per ricovero per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato in calce)

Il Fondo ASIM, per un periodo di **120** giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile dal Piano stesso **che abbia richiesto almeno 1 notte di pernottamento** e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, prevede la copertura per servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica.

- **La presente copertura è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato**

Le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo

ASIM alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'iscritto. Verrà concordato il programma medico/riabilitativo con l'iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

**La disponibilità annua per la presente copertura è di € 3.000,00 per persona.**

## 5.3 Neonati

Il Fondo ASIM provvede al pagamento delle spese per gli interventi chirurgici effettuati in regime di ricovero nel primo anno di vita del neonato **per la correzione di malformazioni e difetti fisici congeniti,** per le seguenti prestazioni:

| | |
|---|---|
| **Pre-ricovero** | Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **100** giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.<br>La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale. |
| **Intervento chirurgico** | Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi. |
| **Assistenza medica, medicinali, cure** | Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Nel solo caso di ricovero con intervento |

| | |
|---|---|
| | chirurgico sono compresi nella copertura i trattamenti fisioterapici e riabilitativi. |
| **Rette di degenza** | Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie. |
| **Accompagnatore** | Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura alberghiera.<br>Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato, la copertura è prestata nel limite di **€ 50,00** al giorno per un massimo di **30** giorni per ricovero. |
| **Post-ricovero** | Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei **100** giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella copertura nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura. |

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo ASIM alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'iscritto, ad eccezione della copertura "Pre-ricovero" che prevede specifici limiti.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate**

**La presente modalità di erogazione delle prestazioni è operante esclusivamente qualora l'iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate.**

Le prestazioni vengono rimborsate senza l'applicazione di importi a carico dell'iscritto, ad eccezione della copertura "Accompagnatore" che prevede specifici limiti.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate ed effettuate da medici non convenzionati**

Tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate in forma rimborsuale con le modalità previste per il ricovero in strutture non convenzionate.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

La Società rimborsa integralmente, nei limiti previsti ai diversi punti, le eventuali spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari rimasti a carico dell'iscritto durante il ricovero.

**La disponibilità annua per la presente copertura è di € 8.000,00 per neonato.**

## 5.4 Pacchetto maternità

Fondo ASIM ha introdotto tra le sue garanzie prestazioni di medicina genetica (tra cui il prenatal safe). Rientrano in copertura le seguenti prestazioni:

- Ecografie di controllo
- Amniocentesi

- Villocentesi
- Ecocolordoppler cardiaco fetale
- Analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza
- Visite specialistiche di controllo sull'andamento della gravidanza
- Training prenatale
- Test genetici prenatali
- Cardiotocografie
- Puntura epidurale parto (non prenotabile in quanto prevista solo a rimborso)
- In caso di aborto avvenuto dopo il primo trimestre di gravidanza, rientra in copertura l'eventuale successivo trattamento psicoterapico che si renda necessario, fino ad un massimo di 15 sedute per evento.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo ASIM alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'iscritto.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate**

Fondo ASIM rimborsa le fatture per le prestazioni elencate, effettuate fuori la rete convenzionata, fino a un massimo importo rimborsabile stabilito per ciascuna prestazione e consultabile nel tariffario. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo ASIM, è necessario che l'iscritta alleghi alla copia della

fattura la copia della richiesta del medico o un documento attestante lo stato di gravidanza.

**La disponibilità annua per la presente copertura è di € 700,00 per persona.**

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Il Fondo ASIM rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo ASIM, è necessario che l'iscritta alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico o un documento attestante lo stato di gravidanza.

**Non è previsto un limite annuo di rimborso spesa.**

**In occasione del parto**, l'iscritta avrà diritto a un'indennità di **€ 70,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **15** giorni. Per ricovero, si intende la degenza in istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità, si provvede a corrispondere l'importo di cui sopra per ogni notte trascorsa all'interno dell'istituto di cura.

Tale indennità verrà corrisposta anche in caso di ricovero per aborto terapeutico. Fondo ASIM rimborsa inoltre la fattura per puntura epidurale effettuata in occasione del parto fino ad un importo massimo stabilito dal tariffario.

## 5.5 Alta specializzazione

Il Fondo ASIM provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni di alta specializzazione:

**Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale")**

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsungrafia

**Accertamenti**

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

**Terapie**

Le seguenti prestazioni sono fruibili esclusivamente presso i centri convenzionati:

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato**

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo ASIM alle strutture stesse, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 20,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versato dall'iscritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato**

Fondo ASIM rimborsa le fatture per prestazioni diagnostiche di alta specializzazione effettuate fuori la rete convenzionata applicando una franchigia di €20 per ciascuna fattura e comunque fino ad un massimo importo rimborsabile stabilito per ciascuna prestazione e consultabile nel tariffario (disponibile sul sito **www.fondoasim.it**). Per ottenere il rimborso da parte del Fondo ASIM, è necessario che l'iscritto alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Sono escluse dalla modalità rimborsuale le terapie.

**La disponibilità annua per la presente copertura è di € 8.000,00 per persona.**

- **In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale**

Il Fondo ASIM rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo ASIM, è necessario che l'iscritto alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

**Non è previsto un limite annuo di rimborso spesa.**

## 5.6 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

**Il limite di spesa annuo a disposizione per l'insieme delle prestazioni di cui al presente paragrafo "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici" in strutture convenzionate è di € 1.000,00 per persona. Per la copertura di cui al punto "Accertamenti diagnostici" è previsto un sottolimite di € 600,00 per persona.**

**In caso di utilizzo del SSN non è previsto un limite annuo di rimborso spesa.**

### 5.6.1 Visite specialistiche

Il Fondo ASIM provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato**

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo ASIM alle strutture stesse, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 20,00** per ogni visita specialistica, che dovrà essere versato dall'iscritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta

o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato**

Fondo ASIM rimborsa le fatture per visite specialistiche effettuate fuori la rete convenzionata applicando una franchigia di €20 per ciascuna fattura e comunque fino ad un massimo importo rimborsabile stabilito per ciascuna prestazione e consultabile nel tariffario (disponibile sul sito **www.fondoasim.it**). Per ottenere il rimborso da parte del Fondo ASIM, è necessario che l'iscritto alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale**

Il Fondo ASIM rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo ASIM, è necessario che l'iscritto alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

## 5.7 Accertamenti diagnostici

Il Fondo ASIM provvede al pagamento delle spese per gli accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato**

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo ASIM alle strutture stesse, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 20,00** per ogni accertamento diagnostico, che dovrà essere versato dall'iscritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato**

Fondo ASIM rimborsa le fatture per accertamenti diagnostici effettuati fuori la rete convenzionata applicando una franchigia di **€ 20,00** per ciascuna fattura e comunque fino ad un massimo importo rimborsabile stabilito per ciascuna prestazione e consultabile nel tariffario (disponibile sul sito **www.fondoasim.it**). Per ottenere il rimborso da parte del Fondo ASIM, è necessario che l'iscritto alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

**Il sottolimite annuo per la presente copertura è di € 600,00 per persona.**

- **In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale**

Il Fondo ASIM rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo ASIM, è necessario che l'iscritto alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

**Non è previsto un limite annuo di rimborso spesa**

## 5.8 Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio

Il Fondo ASIM provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, **in presenza di un certificato di Pronto Soccorso**, sempreché siano prescritte da medico "di famiglia" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato**

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo ASIM alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'iscritto. L'iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **75**% con il minimo non indennizzabile di **€ 70,00** per ogni fattura/persona. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo ASIM, è necessario che l'iscritto alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

**La disponibilità annua per la presente copertura è di € 1.000,00 per persona.**

- **In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale**

Il Fondo ASIM rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo ASIM, è necessario che l'iscritto alleghi alla copia della fattura, la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia e il certificato di Pronto Soccorso.

**Non è previsto un limite annuo di rimborso spese**

## 5.9 Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologia o intervento chirurgico

Il Fondo ASIM provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di una delle patologie o interventi chirurgici di seguito elencati, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla

patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Patologie o interventi chirurgici:

- ictus
- Infarto
- Ernia del disco
- Interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale
- Artroprotesi d'anca
- Protesi ginocchio
- Patologie polmonari
- Artroprotesi di spalla
- Sclerosi a placche, sclerosi laterale amiotrofica

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato**

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo ASIM alle strutture stesse, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia. L'iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale non**

**convenzionato**

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga di strutture sanitarie non convenzionate e le eventuali spese non siano attinenti alla medesima patologia, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di €. 70,00 per fattura/persona.

**La disponibilità annua per la presente copertura è di € 500,00 per persona.**

- **In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale**

Il Fondo ASIM rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo ASIM, è necessario che l'iscritto alleghi alla copia della fattura, la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia o certificato che attesti l'intervento subito.

**Non è previsto un limite annuo di rimborso spese**

## 5.10 Prestazioni diagnostiche particolari

Il Fondo ASIM provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate **effettuate in strutture sanitarie convenzionate previa prenotazione**. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

**Prestazioni previste, per gli uomini e per le donne, una volta l'anno (Prevenzione Cardiovascolare):**

- Esame emocromocitometrico completo

- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

**PREVENZIONE ONCOLOGICA**

**Prestazioni previste una volta ogni due anni:**

- **per gli uomini di età uguale o superiore ai 45 anni**
- **per le donne di età uguale o superiore ai 35 anni**

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT )
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT )
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

**In aggiunta alla "PREVENZIONE ONCOLOGICA" come sopra, sono previste anche le seguenti prestazioni ogni due anni:**

**per gli uomini di età uguale o superiore ai 45 anni**
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Ecografia prostatica

**per le donne di età uguale o superiore ai 35 anni**
- Visita ginecologica
- PAP-Test
- Ecografia pelvica
- Ecografia mammaria
- Sopra i 50 anni è prevista anche la mammografia

## 5.11 Prestazioni di implantologia

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del piano" al punto 3, il Piano sanitario provvede al pagamento delle prestazioni per impianti osteointegrati e le relative corone fisse.

La copertura opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura. Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto comprensivo di relativa componentistica implantare, l'eventuale avulsione, l'elemento provvisorio, l'elemento definitivo oppure il perno con attacco per protesi removibile relativi a 3 o più impianti.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi l'installazione dell'impianto/i.

- **La presente copertura è prestata esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate e prestazioni effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture. Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare la disponibilità annua prevista, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'iscritto alla struttura convenzionata.

**La disponibilità annua per la presente copertura è di € 1.000,00 per iscritto.**

**Viene previsto un sottolimite annuo di € 600,00 nel caso di applicazione di due impianti e un sottolimite pari a € 300,00 nel caso di applicazione di un impianto.**

Si precisa che, qualora nella medesima annualità associativa, dopo l'applicazione di un impianto si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottolimite di **€ 600,00** al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

## 5.12 Cure dentarie da infortunio

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Fondo ASIM liquida all'iscritto le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:

- radiografie e referti radiologici;
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato**

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate

direttamente dal Fondo ASIM, alle strutture stesse senza l'applicazione di importi a carico dell'iscritto.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale non convenzionato**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80**% con il minimo non indennizzabile di **€ 100,00** per ogni fattura/persona. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo ASIM, è necessario che l'iscritto alleghi alla fattura la documentazione medica sopra indicata.

**La disponibilità annua per la presente copertura è di € 2.000,00 per persona.**

- **Nel caso in cui l'iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale**

Il Fondo ASIM rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto. Per ottenere il rimborso, è necessario che l'iscritto alleghi alla fattura la documentazione medica sopra indicata.

**Non è previsto un limite annuo di rimborso spesa**

## 5.13 Prestazioni odontoiatriche particolari

In deroga a quanto previsto al paragrafo "Casi di non operatività del piano" al punto 3, il Fondo ASIM provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari **(fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione)**.

Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto" sotto indicate sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

- **Ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo** mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'iscritto, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con il Fondo ASIM, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno associativo, il Fondo ASIM provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

Restano invece a carico dell'iscritto, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

## 5.14 Prestazioni odontoiatriche a tariffe agevolate

Qualora una prestazione odontoiatrica non sia prevista dal Piano sanitario, per esaurimento del limite di spesa annuo o perché il costo della prestazione è inferiore al minimo non indennizzabile rimanendo a totale carico dell'iscritto, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle convenzionate, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

La copertura non è operante per le prestazioni di tipo estetico.

## 5.15 Critical Illness

Il Fondo ASIM garantisce un importo una tantum nel caso in cui si manifesti in data successiva all'inizio della copertura, una delle patologie o una delle condizioni indicate di seguito; la somma assicurata non potrà pertanto essere corrisposta più volte a uno stesso iscritto a seguito del ripetersi di patologie o condizioni già indennizzati dalla Società ai sensi della presente

garanzia.

Patologie o condizioni indennizzabili:

- **Trapianto di alcuni organi e tessuti**

Si intende l'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto di organi o tessuti di un altro individuo con lo scopo di sostituire organi o tessuti assenti o non correttamente funzionanti.

Si intendono compresi unicamente i seguenti trapianti: cuore, fegato, polmone, rene, pancreas e midollo osseo (usando le cellule staminali ematopoietiche preceduta da ablazione totale del midollo osseo).

Il riconoscimento della garanzia avviene a seguito della presentazione di idonea documentazione clinica dalla quale sia evidente che il trattamento con trapianto fosse ritenuto clinicamente indispensabile per il trattamento dell'insufficienza irreversibile dell'organo trapiantato.

Sono espressamente esclusi: Il trapianto di altre cellule staminali rispetto le emopoietiche e il trapianto di parti di un organo o di organi e tessuti differenti da quelli in elenco.

- **Intervento chirurgico a carico delle valvole cardiache**

Si intendono interventi chirurgici con tecnica a torace aperto e circolazione extracorporea, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, utili alla riparazione o alla sostituzione di una o più valvole cardiache che presentino anomalie o malfunzionamenti.

- **Morbo di Alzheimer**

Malattia neurodegenerativa per la quale, ai fini del riconoscimento, la diagnosi deve essere testimoniata attraverso idonea documentazione

clinica che descriva i test, le valutazioni diagnostico-strumentali e relativi risultati che siano previsti dai criteri medico scientifici di diagnosi accreditati nelle linee guida internazionali.

Ai fini della valutazione di tale condizione è richiesta, se non già presente nella documentazione clinica, la relazione di un medico specialista in neurologia o geriatria, redatta successivamente all'esame dei risultati di test psicotecnici (test Mini Mental Status Esame di Folstein), di tomografia assiale computerizzata (TC) e/o Risonanza Magnetica (RM).

- **Insufficienza renale cronica severa con necessità di trattamento dialitico**

Si intende con tale condizione l'insufficienza renale severa e irreversibile di entrambi i reni che ha imposto all'assicurato l'avvio del trattamento dialitico secondo la valutazione del medico nefrologo. Ai fini del riconoscimento della condizione è necessaria idonea documentazione clinica comprovante l'inserimento dell'assicurato in un programma di emodialisi renale periodica e continuativa. Non sono inserite in tale definizione le insufficienze renali acute reversibili che richiedano un trattamento dialitico temporaneo.

- **Obblighi dell'iscritto in caso di sinistro**

L'iscritto o i suoi aventi causa devono presentare denuncia alla Società entro 60 giorni dalla data in cui è stata diagnosticata la patologia o dalla data in cui si è verificato l'evento in elenco, corredata dalla relativa documentazione medica in loro possesso, nonché sciogliere da ogni riserbo i medici curanti.

Nella fase di accertamento dell'indennizzabilità della garanzia, l'iscritto o i suoi aventi causa, sotto pena di decadenza della relativa prestazione, si impegnano a fornire con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società, ai fini del predetto accertamento, nonché a presentare le eventuali prove utili alla Società per stabilire cause ed effetti della patologia

o evento indennizzabile.

La Società, infine, nei casi dubbi, si riserva il pieno e incondizionato diritto di accertare la diagnosi della patologia denunciata con propri medici di fiducia, i cui costi saranno a totale carico della Società medesima.

- **Termine per l'indennizzo**

La Società verserà l'indennizzo se l'iscritto si trova ancora in vita dopo 30 giorni dalla diagnosi della patologia o dalla data dell'evento denunciati.

La richiesta potrà essere inoltrata all'interno dell'area riservata o utilizzando il modulo cartaceo disponibile all'interno del Portale.

**La disponibilità annua per la presente copertura è di € 3.000,00 per persona.**

## 6 CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Il Piano sanitario non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di copertura prevista, non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal Piano stesso.

Il Piano sanitario non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, compresi nell'elenco dei grandi interventi chirurgici, resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario);

5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'iscritto di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'iscritto che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
11. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
12. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'iscritto;
13. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo e azioni delittuose commesse dall'iscritto con dolo o colpa grave;
14. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
15. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
16. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale;

17. tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali;
18. le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto "Prestazioni di implantologia", "Cure dentarie da infortunio" e "Prestazioni odontoiatriche particolari", il Piano sanitario non è operante per:

- protesi estetiche;
- trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

** Per difetto fisico si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.*

***Per malformazione si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.*

# 7 ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

## 7.1 Estensione territoriale

Il Piano sanitario ha validità in tutto il mondo.

## 7.2 Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento dell'**84°** anno di età dell'iscritto, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso, al compimento dell'**85°** anno d'età. Per visite , accertamenti e ricovero non è previsto un limite di età ma la garanzia è subordinata alla corretta copertura.

# 8 LONG TERM CARE LTC (NON AUTOSUFFICIENZA)

Si includono di seguito le disposizioni previste dal Regolamento Long Term Care del Fondo ASIM disponibile al seguente link:
http://www.fondoasim.it/project/long-term-care/

## 8.1 Oggetto

Il suddetto Regolamento disciplina la prestazione di Long Term Care che Fondo ASIM garantisce ai titolari attivi iscritti al Fondo (in seguito anche Assistiti).

La prestazione sopra citata consiste nell'erogazione, su base mensile posticipata, di un importo destinato al rimborso delle spese di assistenza a vario titolo, sostenute dagli assistiti in condizione di non autosufficienza. Detto rimborso, connesso alla perdita di autosufficienza (art. 4*), è erogato per un importo forfetario e per una durata a vita intera secondo quanto stabilito nel successivo articolo 7*.

## 8.2 Soggetti coinvolti

La presente copertura riguarda tutti i prestatori di lavoro dei CCNL delle imprese esercenti servizi di pulizia e servizi integrati/multiservizi, iscritti nei registri anagrafici del Fondo ASIM da almeno 6 mesi alla data dell'evento.

La copertura è da intendersi attiva per tutti coloro che alla data di effetto della stessa non risultino già non autosufficienti, secondo i criteri stabiliti dal successivo Art. 4 "Definizione dello stato di non-autosufficienza"*.

## 8.3 Effetto della copertura

La copertura ha effetto dalle ore 00.00 del 1° luglio 2019, se il contributo è stato regolarmente pagato al Fondo per i lavoratori come previsto dall'art. 2 del Regolamento del Fondo ASIM.

---

* Regolamento LTC del Fondo ASIM disponibile al seguente link www.fondoasim.it/project/long-term-care/

Diversamente, la copertura ha effetto il primo giorno del settimo mese successivo al primo versamento al Fondo. Si rappresenta, che i versamenti devono essere consecutivi.

Se l'impresa non paga i contributi successivi, la copertura viene sospesa dal primo giorno del terzo mese successivo all'ultimo versamento effettuato.

L'evento inabilitante deve manifestarsi nel periodo di copertura e non antecedentemente o nei periodi di sospensione.

Al fine di gestire casi particolari, il Fondo si riserva la possibilità di decisioni ad hoc a tutela dei lavoratori iscritti.

## 8.4 Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene definita persona "non autosufficiente" quella incapace in modo presumibilmente permanente di svolgere, come sotto precisato, parte delle seguenti "attività elementari della vita quotidiana":

- farsi il bagno;
- vestirsi e svestirsi;
- igiene del corpo;
- mobilità;
- continenza;
- bere e mangiare.

Per ogni attività viene constatato il grado di autonomia dell'assicurato nel suo compimento ed assegnato un punteggio secondo lo schema di valutazione funzionale di seguito riportato. L'insorgere di non autosufficienza viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 punti.

### 8.4.1 Esclusioni in caso di perdita dell'autosufficienza permanente

La copertura non opera se lo stato di non autosufficienza è conseguenza:

- di fatti volontari o intenzionali dell'assistito, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti non ordinati dal medico, uso di sostanze psicotrope e uso di sostanze alcoliche;
- di alcolismo acuto o cronico;
- di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'assistito ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, le immersioni subacquee, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento di suddetti sport, siano esse ufficiali o meno.

### 8.4.2 Limitazioni della copertura in caso di perdita dell'autosufficienza permanente

La copertura è subordinata alla condizione che l'assistito si sia sottoposto a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dal Fondo accettandone modalità ed oneri.

La copertura risulta limitata in ogni caso per un periodo di novanta giorni, denominato periodo di carenza, che decorre dalla data di inizio della copertura stessa. Il periodo di carenza non si applica qualora la perdita di autosufficienza sia conseguenza diretta ed esclusiva di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della copertura. Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la perdita di autosufficienza. Il periodo di carenza è esteso a cinque anni nel caso in cui si verifichi la perdita di autosufficienza, dovuta

alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata.

## 8.5 Schema per l'accertamento dell'insorgere dello stato di non autosufficienza

### Farsi il Bagno

| | | |
|---|---|---|
| **1°grado** | **L'assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo.** | **Punteggio 0** |
| **2°grado** | **L'assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno.** | **Punteggio 5** |
| **3°grado** | **L'assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno.** | **Punteggio 10** |

### Vestirsi e svestirsi

| | | |
|---|---|---|
| **1°grado** | **L'assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo.** | **Punteggio 0** |
| **2°grado** | **L'assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo.** | **Punteggio 5** |
| **3°grado** | **L'assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo.** | **Punteggio 10** |

## Igiene del corpo

| | | |
|---|---|---|
| 1°grado | L'assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati da (1), (2) e (3):<br>(1) andare al bagno;<br>(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi;<br>(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato al bagno. | Punteggio 0 |
| 2°grado | L'assistito necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3). | Punteggio 5 |
| 3°grado | L'assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3). | Punteggio 10 |

## Mobilità

| | | |
|---|---|---|
| 1°grado | L'assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia, dal letto e di muoversi senza assistenza da parte di terzi. | Punteggio 0 |
| 2°grado | L'assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici, come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto. | Punteggio 5 |
| 3°grado | L'assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi. | Punteggio 10 |

### Continenza

| | | |
|---|---|---|
| **1°grado** | **L'assistito è completamente continente.** | **Punteggio 0** |
| **2°grado** | **L'assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno.** | **Punteggio 5** |
| **3°grado** | **L'assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come il catetere o la colostomia.** | **Punteggio 10** |

### Bere e mangiare

| | | |
|---|---|---|
| **1°grado** | **L'assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti.** | **Punteggio 0** |
| **2°grado** | **L'assistito necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:**<br>**(1) sminuzzare/tagliare il cibo**<br>**(2) sbucciare la frutta**<br>**(3) aprire un contenitore/una scatola**<br>**(4) versare bevande nel bicchiere** | **Punteggio 5** |
| **3°grado** | **L'assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.** | **Punteggio 10** |

## 8.6 Denuncia, accertamento e riconoscimento della perdita di autosufficienza

Verificatasi la perdita di autosufficienza permanente, l'assistito e/o altra persona che lo rappresenti deve richiederne per iscritto il riconoscimento al Fondo, allegando alla richiesta un certificato del medico curante che attesti la perdita di autosufficienza ed una relazione medica sulle cause della

perdita di autosufficienza, redatti entrambi su appositi modelli forniti dal Fondo. Dalla data di ricevimento di tale documentazione – data di denuncia – decorre il periodo di accertamento da parte del Fondo che, in ogni caso, non può superare i sei mesi.

Il Fondo si riserva di richiedere all'assistito informazioni sulle predette cause e ulteriore documentazione medica in considerazione di specifiche esigenze istruttorie, sciogliendo al tempo stesso dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Ultimati i controlli medici il Fondo comunica per iscritto all'assistito, entro e non oltre il periodo di accertamento, se riconosce o meno lo stato di non autosufficienza.

In caso di controversie di natura medica sulla liquidabilità della prestazione, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'ordine dei medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'assistito. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra 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 si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

## 8.7 Erogazione della prestazione

In seguito all'esito positivo dell'accertamento dello stato di non autosufficienza dell'assistito da parte del Fondo, quest'ultimo si impegna ad erogare una rendita posticipata mensile di € 500,00 a vita intera come sostegno alle spese mediche e di assistenza.

L'assistito o un suo delegato deve produrre annualmente il certificato di esistenza in vita rilasciato dall'Ufficio Anagrafe del Comune di Residenza.

Il Fondo può in qualsiasi momento richiedere verifiche sulla sussistenza dello stato di non autosufficienza o sull'esistenza in vita dell'assistito.

## 8.8 Il finanziamento dello schema LTC

Al fine di finanziare lo schema LTC, il Fondo accantona annualmente in una Riserva LTC appositamente creata, un importo destinato alla costruzione delle riserve tecniche di equilibrio seguendo il sistema finanziario di gestione della Capitalizzazione. Detto importo è valutato secondo prudenti valutazioni attuariali al fine di garantire allo schema la solvibilità di lungo periodo.

## 8.9 Limiti di età

Con riferimento alla collettività degli assistiti in corrispondenza della data di entrata in vigore del presente Regolamento si specifica quanto segue:

- per gli assistiti che alla data di entrata in vigore hanno età compresa tra 55 e 67 anni la prestazione è ridotta del 30%;

- per gli assistiti che alla data di entrata in vigore hanno età superiore a 67 anni la prestazione è ridotta del 50%.

## 9 ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

**NEUROCHIRURGIA**

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

**OCULISTICA**

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

**OTORINOLARINGOIATRIA**

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

**CHIRURGIA GENERALE**

- Intervento per ernia femorale

**CHIRURGIA DEL COLLO**

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

**CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO**

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

**CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE**

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Bypass vascolare extracranico-intracranico (EC-IC)

**CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE**

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico

- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Appendicectomia con peritonite diffusa
- Splenectomia totale

**UROLOGIA**

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchiectomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare
- Terapia della calcolosi urinaria

**GINECOLOGIA**

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfoadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfoadenectomia

**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale

- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
- Interventi per sindrome del tunnel carpale
- Intervento per dito a scatto
- Riduzione cruenta di lussazione dell'anca

**CHIRURGIA PEDIATRICA**

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

**TRAPIANTI DI ORGANO**

- Tutti

FONDOASIM

Fondo assistenza sanitaria integrativa multiservizi

Via Livenza 7 - 00198 Roma - Tel: 0644341265 - Fax: 0649386920
Mail: info@fondoasim.it - www.fondoasim.it