

2025

**Piano Sanitario
per i familiari
di Associazione
Artigiani, Trentino
Caf Imprese, EBAT,
SAPI e Mutua Artieri**



Sanità Integrativa Artigianato 3ntino

Sommario

03

INTRODUZIONE AL NUOVO PIANO

I destinatari del piano sanitario	03
Le prestazioni del piano	03

04

PRESTAZIONI GESTITE DA SIA3

A.1 Ticket - specialistica pubblica	05
A.2 Area specialistica privata	
Visite specialistiche	05
A.3 Area specialistica privata	
Diagnostica strumentale	06
A.4 Area specialistica privata	
Cicli di terapia salvavita	06
A.5 Area specialistica privata	
Prestazioni di laboratorio	07
A.6 Assistenza domiciliare sanitaria	08
A.7 Pacchetto maternità	09
A.8 Odontoiatria	10
A.9 Implantologia	11
A.10 Trattamenti fisioterapici riabilitativi	12
Esclusioni operanti in riferimento alle garanzie da A.1 a A.10	12
A.11 Logopedia e dietologia	13
Prestazioni in caso di gravi malattie	14
A.12 Prestazioni specialistiche per diagnosi/percorso terapeutico per gravi malattie	16
A.13 prestazioni di riabilitazione e assistenza per gravi malattie	17
A.14 Non autosufficienza	18



I destinatari del Piano Sanitario

A CHI È DEDICATO IL SEGUENTE PIANO SANITARIO

Familiari di Associazione Artigiani, Trentino Caf Imprese, EBAT, SAPI e Mutua Artieri.

L'iscrizione dei familiari è volontaria e con contribuzione a carico dell'iscritto. Maggiori informazioni sono disponibili consultando la "Guida all'adesione dei familiari", che costituisce parte integrante del seguente Piano.

NORME GENERALI

Il Piano sanitario indica analiticamente per ciascuna categoria di prestazioni le voci ammissibili, la forma di erogazione, le disposizioni particolari e l'importo del rimborso. Le informazioni relative alla modalità di richiesta dei rimborsi sono riportate dettagliatamente nel Vademecum pubblicato sul sito www.sia3.it.



Le prestazioni del piano

Il Piano Sanitario SIA3 interviene su due tipologie di spese:

- **le spese ordinarie** (visite specialistiche, diagnostica, pacchetto maternità, cure odontoiatriche, etc.)
- **le prestazioni straordinarie**, collegate cioè ad eventi specifici (gravi malattie, non autosufficienza)

Tutti i rimborsi sono gestiti direttamente da SIA3.



Prestazioni gestite da SIA3

Le spese sanitarie sostenute devono essere presentate entro 60 giorni dalla data della fattura, pena la non ammissibilità al rimborso.

Periodo di spesa	Quando chiedere il rimborso
Dal 1° gennaio al 31 marzo 2025	> Dal 1° gennaio al 30 maggio 2025
Dal 1° aprile al 29 dicembre 2025	> Entro 60 giorni dalla data della fattura
Dal 30 dicembre al 31 dicembre 2025	> Entro il 28 febbraio 2026

Le spese sostenute dal 30 al 31 dicembre 2024 andranno presentate entro il 28 febbraio 2025.





A.1 Ticket - specialistica pubblica

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa l'80% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di 800,00 euro.

Tale massimale è concorrente (non cumulabile) a quello della garanzia A.2 specialistica privata - Visite specialistiche.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- › Rimborso per ticket sanitari

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

Le spese saranno rimborsate in presenza di indicazione nel documento di spesa del tipo di prestazione effettuata. In alternativa è necessario allegare l'impegnativa del medico.



A.2 Area specialistica privata

Visite specialistiche

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 50% della spesa sostenuta con un massimo di 50,00€/fattura. Il massimale rimborsabile annuo è di 800,00 euro.

Tale massimale è concorrente (non cumulabile) a quello della garanzia A.1 Ticket – specialistica pubblica.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- › Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- › Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruitive in strutture/studi privati

CODIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

Le spese saranno rimborsate in presenza di indicazione nel documento di spesa del tipo di prestazione effettuata. In alternativa è necessario allegare l'impegnativa del medico.



A.3 Area specialistica privata

Diagnostica strumentale

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa l'80% della spesa sostenuta con una franchigia di 36,15€/fattura. Il massimale rimborsabile annuo è di 6.000,00 euro.

Tale massimale è concorrente (non cumulabile) a quello della garanzia A.4 Cicli di terapia salvavita.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- › Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- › Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruitive in strutture/studi privati

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

Le spese saranno rimborsate in presenza di indicazione nel documento di spesa del tipo di prestazione effettuata. In alternativa è necessario allegare l'impegnativa del medico.



A.4 Area specialistica privata

Cicli di terapia salvavita

MODALITÀ DI CALCOLO DEL SUSSIDIO

Il Fondo eroga un sussidio di 25,00 € a seduta per cicli di radioterapia o chemioterapia. Il massimale rimborsabile annuo è di 6.000,00 euro.

Tale massimale è concorrente (non cumulabile) a quello della garanzia A.3 Diagnostica strumentale.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- › Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- › Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruitive in strutture/studi privati

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

Le spese saranno rimborsate in presenza di indicazione nel documento di spesa del tipo di prestazione effettuata. In alternativa è necessario allegare l'impegnativa del medico.



A.5 Area specialistica privata

Prestazioni di laboratorio

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa l'80% della spesa sostenuta con una massima rimborsabile annuo di 6.000,00 euro.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- › Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- › Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruite in strutture/studi privati

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

Le spese saranno rimborsate in presenza di indicazione nel documento di spesa del tipo di prestazione effettuata. In alternativa è necessario allegare l'impegnativa del medico.





A.6 Assistenza domiciliare sanitaria

- ASSISTENZA SANITARIA PER PRATICARE TERAPIA MEDICA E/O SANITARIA SPECIALISTICA
- MOBILIZZAZIONI
- PRELIEVI
- MEDICAZIONI
- INFERMIERISTICA
- RILIEVI DEI PARAMETRI BIOLOGICI

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo riconosce un sussidio orario di 10,00 euro.

In caso di neoplasie maligne, viene riconosciuto un sussidio orario di 15,00 euro qualora si necessiti di assistenza sanitaria negli ultimi sei mesi di vita.

Il massimale rimborsabile annuo di 400,00 euro.

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- › Le prestazioni devono essere effettuate da personale medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione*
- › Il Fondo si riserva la possibilità di chiedere la documentazione attestante il bisogno sanitario per il quale si richiede il sussidio.
- › Le spese dovranno riportare il tipo di prestazione effettuata e la patologia per la quale si effettuano.

* Per personale medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione si intende: infermiere professionale, fisioterapista, terapista occupazionale, terapista della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti – D.M. 27 luglio 2000 – GU n. 190 del 16/08/2000.



A.7 Pacchetto maternità

- VISITE DI CONTROLLO OSTETRICHE/ GINECOLOGICHE
- ESAMI PER LA DIAGNOSTICA PRENATALE
- ESAMI DI LABORATORIO
- ECOGRAFIE
- INDENNITÀ DI RICOVERO

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo per le ecografie, le visite, le analisi di laboratorio e gli esami per la diagnosi prenatale rimborsa l'80% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di 1.000,00 euro.

Il Fondo prevede inoltre un'indennità da ricovero di 80,00 euro per ogni giorno (pernottamento) di ricovero per parto o aborto.

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Per ciascuna gravidanza vengono rimborsate al massimo 4 visite ostetrico/ginecologiche (6 in caso di gravidanza a rischio).
- L'indennità da ricovero viene erogata per un ricovero massimo di 7 giorni (pernottamenti). Per accedere all'indennizzo è necessario presentare la cartella clinica e/o lettera di dimissione. Tale indennità può essere richiesta anche nel caso di un ricovero per aborto terapeutico.
- I documenti di spesa relativi alla gravidanza vanno presentati al Fondo in un'unica soluzione entro 60 giorni dalla data del parto o dell'aborto.



A.8 Odontoiatria

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il l'80% della spesa sostenuta con un massimo di euro 200,00.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- Rimborso per ticket sanitari
- Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruite in strutture/studi privati

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITA'

- Il Fondo rimborsa 1 visita odontoiatria e 1 igiene all'anno
- Esclusivamente per i pazienti affetti da malattia parodontale il Fondo rimborsa una seconda ablazione del tartaro/igiene orale al 50%. La patologia parodontale deve essere diagnosticata e documentata tramite opportuno esame radiografico o sondaggio parodontale o certificata dal dentista.
La documentazione comprovante la patologia deve essere presentata contestualmente alla richiesta di rimborso e può essere datata fino a 12 mesi prima.
- Non saranno accettate fatture riportanti voci di spesa generiche (es.: "cure odontoiatriche")
- Le fatture di acconto saranno accettate esclusivamente in presenza del preventivo inerente al piano di cura, dal quale si evincano in modo chiaro le prestazioni previste. Tale preventivo dovrà avere data anteriore o contestuale a quella indicata nelle fatture di acconto.



A.9 Implantologia e Ortodonzia

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa l'80% della spesa sostenuta con un massimo di euro 2.300 e con i seguenti sotto massimali:

- Terapia ortodontica: massimale di 1.000,00 euro.
- Applicazione di 1 impianto: massimale di 450,00 euro.
- Applicazione di 2 impianti: massimale di 850,00 euro.
- Applicazione di 3 o più impianti: massimale di 2.300,00 euro

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- Rimborso per ticket sanitari
- Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruite in strutture/studi privati

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Terapie ed apparecchi ortodontici dei familiari iscritti sono rimborsabili se il Piano di Cura ha preso avvio dopo l'inizio della copertura SIA3.
- La prima richiesta di rimborso deve essere accompagnata dalla certificazione dell'odontoiatra - redatta e sottoscritta sotto la sua responsabilità - attestante la data di avvio del piano di cura (ad es.: data della prima seduta di lavoro oppure data di svolgimento dell'esame OPT o Tele cranio o altro esame preliminare).



A.10 Trattamenti fisioterapici riabilitativi

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa l'80% della spesa sostenuta con un massimale rimborsabile annuo è di 700,00 euro.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruite in strutture/studi privati

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Le spese saranno rimborsate solo se effettuate a seguito di infortunio o intervento chirurgico.
- Le spese saranno rimborsate solo se accompagnate da prescrizione medica che attesti il motivo della prestazione effettuata. Le prescrizioni possono essere redatte dal medico di medicina generale o dallo specialista (ortopedico, fisiatra, ecc.) che attesti la necessità delle terapie, oppure – nei casi di infortunio accertato in Pronto Soccorso – in presenza di certificato del PS.
- Le prestazioni devono essere effettuate da personale medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione*.

** Per personale medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione si intende: infermiere professionale, fisioterapista, terapeuta occupazionale, terapeuta della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti – D.M. 27 luglio 2000 – GU n. 190 del 16/08/2000.*





A.11 Logopedia e dietologia

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

○ LOGOPEDIA

○ ELABORAZIONE DELLA DIETA

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa l'80% della spesa sostenuta con un massimo di euro 300 per anno solare

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- › Rimborso per ticket sanitari
- › Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- › Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruitive in strutture/studi privati

Esclusioni operanti in riferimento alle garanzie da A.1 a A.11

Il Fondo non rimborsa: visite/cure di carattere estetico; visite mediche per il rilascio/rinnovo della patente automobilistica o nautica, per l'autorizzazione al porto d'armi o per l'idoneità alla pratica sportiva; visite medico-sportive; certificati medici; visite medicolegali, visite omeopatiche e/o naturopatiche e/o altrimenti riconducibili all'area della medicina alternativa/complementare; esame della vista svolto dall'ottico/optometrista; visite podologiche; visite/cure svolte da personale medico o personale sanitario non riconosciuto dalla vigente legislazione. Sono inoltre escluse e quindi non riconosciute, le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina o Chirurgia, nonché visite specialistiche effettuate presso studi odontoiatrici/ortodontici.



Prestazioni in caso di gravi malattie

Il Fondo con gli organismi tecnico-sanitari ha individuato un elenco di gravi patologie. L'iscritto ha diritto al rimborso parziale delle spese sanitarie in caso di insorgenza di una delle gravi malattie incluse nel seguente elenco:

- **NEOPLASIE MALIGNI**
Si indica una massa di tessuto caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dalla invasione dei tessuti. Questo include leucemia, linfoma di hodgkin, e linfoma non hodgkin ma esclude i tumori di carattere non invasivo in situ e tumori della pelle diversi dal melanoma invasivo maligno
- **INFARTO MIOCARDICO ACUTO**
- **ICTUS**
- **INTERVENTI CARDIACI**
- **ANGIOPLASTICA**
- **PATOLOGIE A CARICO DELLE VALVOLE CARDIACHE**
- **PATOLOGIE A CARICO DELL'AORTA**
- **INSUFFICIENZA RENALE CRONICA**
- **TRAPIANTI**
Si intendono le procedure legate al trapianto di cuore, fegato, polmone, rene, midollo osseo o pancreas.
- **INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA CON NECESSITÀ DI OSSIGENOTERAPIA**
- **CECITÀ**
- **PATOLOGIE DEL SISTEMA NERVOSO CHE DETERMININO SIGNIFICATIVA COMPROMISSIONE DELL'AUTONOMIA FUNZIONALE CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA E NECESSITÀ DI TERAPIA FARMACOLOGICA CONTINUATIVA**
- **DEGENERAZIONE CEREBRALE O DEMENZA (es. morbo di Alzheimer)**
- **ESITI INVALIDANTI E/O DETURPANTI DI USTIONI**
- **AIDS CONCLAMATO**
- **GRAVI ESITI DI POLI-TRAUMATISMI CON PARALISI DEGLI ARTI**
- **GRAVI MALATTIE DELLA SFERA PSICHICA CHE RICHIEDANO TERAPIA PSICOFARMACOLOGICA CONTINUATIVA E PRESA IN CARICO SPECIALISTICA**

Il Fondo provvederà a una periodica verifica dell'adeguatezza dell'elenco di patologie previste al fine di ampliare – ove necessario – le fattispecie oggetto di copertura sanitaria.

CRITERI DI ACCERTAMENTO DELLA GRAVE MALATTIA E DELL'ELEGGIBILITÀ DELLE SPESE AL RIMBORSO

L'accertamento della grave malattia ai fini dell'erogazione del rimborso sarà effettuato dagli organismi tecnico-sanitari del Fondo, prendendo in esame la documentazione sanitaria prodotta dall'associato (copia della cartella clinica ospedaliera, in caso di pregresso ricovero registrato nell'anno di riferimento oppure referto/relazione medica redatta dallo specialista di riferimento attestante la specifica patologia).

Parimenti, la verifica di congruenza della/e prestazione/i oggetto di rimborso sarà effettuata dal consulente tecnico-sanitario del Fondo, sulla base delle prescrizioni del medico curante e/o del medico specialista e/o in relazione ai protocolli diagnostici, terapeutici e assistenziali associabili alla specifica patologia.

È possibile il rimborso delle spese limitatamente agli iscritti che abbiano accertato la grave malattia nell'anno in corso (a far data dal 01/01/2025)*.

Eventuali pratiche che non rispondono ai criteri di ammissibilità per gravi patologie stabiliti nel presente Piano verranno gestite come spese afferenti alle prestazioni delle categorie da A.1 a A.11.

* *Eventuali deroghe rispetto alla data di decorrenza sopra menzionata, ad esempio per iscritti la cui patologia sia stata accertata in periodi immediatamente precedenti, potranno essere accordate dal Fondo a seguito di valutazione del consulente tecnico-sanitario.*

A.12 Prestazioni specialistiche per diagnosi/percorso Terapeutico per gravi malattie

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

- VISITE SPECIALISTICHE
- ESAMI DI LABORATORIO
- ESAMI STRUMENTALI E ALTRI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Saranno considerate ammissibili:

- le spese sostenute in seguito a una diagnosi di malattia già formulata (ad esempio: visita specialistica finalizzata a ottenere una "second opinion" o "diagnosi comparativa");
- le spese sostenute per esami e accertamenti svolti in presenza di un sospetto diagnostico (formulato dal medico di medicina generale e/o dal medico specialista) e ai quali faccia seguito una diagnosi di effettivo accertamento della grave malattia.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- Rimborso per ticket sanitari
- Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruite in strutture/studi privati

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO E LIMITAZIONI

Il Fondo rimborsa il 80% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 700 per iscritto.

A.13 Prestazioni di riabilitazione e assistenza per gravi malattie

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

- FISIOTERAPIA
- LOGOPEDIA

- ASSISTENZA INFERMIERISTICA

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- › Rimborso per ticket sanitari
- › Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- › Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruite in strutture/studi privati

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO E LIMITAZIONI

Il Fondo rimborsa il 60% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 5.000,00 per iscritto.





A.14. Non autosufficienza

BENEFICIARI

I beneficiari sono gli iscritti al Fondo certificati come non autosufficienti.

- Per condizione di non autosufficienza si intende la condizione, accertata dalla competente struttura dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, che dà diritto all'indennità di accompagnamento di cui alla Legge provinciale n. 7/1998 o ad analogo prestazione* concessa per l'assistenza personale continua.
- Ai fini dell'attivazione della copertura, la data di accertamento della condizione di non autosufficienza deve essere successiva al 01/01/2025.

Analogamente a quanto adottato per le garanzie relative alle gravi patologie, eventuali deroghe rispetto alla data di decorrenza sopra menzionata, ad esempio per iscritti la cui patologia sia stata accertata in periodi immediatamente precedenti, potranno essere accordate dal Fondo a seguito di valutazione del consulente tecnico-sanitario.

RENDITA

In caso di insorgenza della condizione di non autosufficienza è prevista l'erogazione di una rendita monetaria vita natural durante pari a euro 12.000/annui (1.000 euro/mensili).

CRITERI DI AMMISSIBILITÀ

L'ammissibilità alla rendita viene effettuata dalla commissione medico legale del Fondo sulla base della documentazione prodotta dall'iscritto. Nel dettaglio:

- Verbale di accertamento della condizione di non autosufficienza rilasciato dall'Unità Operativa Medicina Legale
- Documento comprovante il rilascio dell'indennità di accompagnamento/ attestazione del pagamento dell'indennità di accompagnamento da parte da APAPI (Agenzia provinciale per l'assistenza e la previdenza integrativa).

MODALITÀ DI CALCOLO ED EROGAZIONE

Per il primo anno, l'importo della rendita verrà calcolato a partire dal 1° giorno del mese successivo alla data di accertamento della condizione di non autosufficienza.

NORME E SCADENZE PER LA PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE

Le richieste vanno presentate al fondo entro 60 giorni dalla data dell'accertamento della condizione di non autosufficienza da parte della competente struttura dell'APSS.

Se non viene rispettata tale tempistica, il termine massimo entro cui il Fondo riconosce come ammissibile la richiesta è di 15 mesi a far data dall'attestazione della condizione di non autosufficienza da parte della competente struttura dell'APSS. Trascorso questo termine il diritto all'ottenimento della prestazione viene meno.





Sanità Integrativa Artigianato 3ntino

www.sia3.it