

***PIANO SANITARIO ATTUALE PER IL PERSONALE
NON DIRIGENTE DI POSTE ITALIANE SPA E
DELLE SOCIETÀ DEL GRUPPO POSTE ITALIANE***





1. A chi è dedicato
2. Cosa offre il Fondo Sanitario. I Piani Sanitari
3. Quanto costano i Piani Sanitari
4. Modalità di accesso alle prestazioni
5. Come richiedere il rimborso: forma diretta e forma indiretta

- Personale non dirigente di Poste Italiane S.P.A. e del Gruppo Poste per i quali si applica il relativo CCNL, con un contratto a tempo indeterminato, terminato l'eventuale periodo di prova
- Apprendisti e i neo-assunti che abbiano terminato l'eventuale periodo di prova

I dipendenti iscritti al Fondo possono estendere, a proprie spese, l'iscrizione al proprio nucleo familiare:

- il coniuge o l'unito civilmente
- il convivente more uxorio (coppie di fatto) se, al momento dell'iscrizione, convive da almeno un anno con il/la dipendente
- i figli fiscalmente a carico, secondo le vigenti disposizioni di legge, di uno dei due coniugi/conviventi/uniti civilmente e sino al compimento del 26° anno di età. Non è previsto alcun limite di età per i figli totalmente inabili, la cui condizione sia certificata da struttura pubblica

La copertura vale per i dipendenti di età massima non superiore a **70 anni**, mentre per gli appartenenti al **nucleo familiare l'età massima non potrà essere superiore a 65 anni**. Quanti raggiungano l'età massima in vigenza di copertura sono assistiti fino al 31 dicembre dell'annualità in corso.

In virtù **dell'accordo sindacale del 23/05/2019**, in caso di cessazione del rapporto di lavoro del Dipendente, con esclusione del licenziamento per giusta causa, il Dipendente cessato ed il suo nucleo familiare potranno mantenere, con l'impegno a versare ad esclusivo proprio carico le quote annue tempo per tempo definite per la **categoria "pensionati"** dal Fondo, le coperture sanitarie previste dal pacchetto "Base" del presente Piano tempo per tempo vigente. **Le coperture saranno previste fino al compimento dell'età massima di 75 anni del Dipendente cessato; nel caso in cui il coniuge compia i 75 anni prima del Dipendente cessato, decadrà da tale momento dalle coperture assicurative.**

Qualora, in caso di licenziamento per giusta causa, intervenga successivamente una reintegra, il Dipendente sarà destinatario delle prestazioni del Fondo.



1. A chi è dedicato
2. Cosa offre il Fondo Sanitario. I Piani Sanitari
3. Quanto costano i Piani Sanitari
4. Modalità di accesso alle prestazioni
5. Come richiedere il rimborso: forma diretta e forma indiretta



Il dipendente ha 2 pacchetti a disposizione:

- ✓ **Base**, a totale carico dell'Azienda
- ✓ **Plus**, che estende le garanzie di base del primo pacchetto, attraverso il versamento di una quota aggiuntiva a esclusivo carico del dipendente.

A decorrere dal 1/1/2020, in virtù dell'accordo sindacale dell' 8/05/2019 è stata prevista l'iscrizione automatica alle coperture sanitarie previste dal pacchetto "Base" del presente Piano, per i dipendenti con contratto a tempo indeterminato compresi gli apprendisti che non avevano ancora aderito al Fondo e per tutti i neoassunti che abbiano completato l'eventuale periodo di prova.

Il Piano Sanitario BASE prevede le seguenti coperture*:



Ricovero in Istituto di cura per i Grandi Interventi Chirurgici

1



Indennità sostitutiva giornaliera per Grandi Interventi Chirurgici

2



Diagnostica di Alta Specializzazione

3



Visite specialistiche ambulatoriali

4



Mamma e Bambino

5



Prevenzione cardiovascolare e oncologica (solo in rete convenzionata)

6



Prestazioni odontoiatriche (solo in rete convenzionata)

7

*per maggior dettaglio su quanto di seguito indicato, si rinvia alla Guida al Piano Sanitario e ai relativi allegati

1. Ricovero per i Grandi Interventi Chirurgici

Descrizione	Condizioni del rimborso
Massimo Rimborso per anno/Assistito	75.000 euro
Massimo rimborso per evento	50.000 euro
Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio)	100% Rimborsabile nei limiti del massimale, in caso di utilizzo delle strutture convenzionate; altrimenti scoperto del 20%
Diritti di sala operatoria	
Materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento (endoprotesi)	
Assistenza medica e infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero	
Retta di degenza (non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie)	Retta di degenza fino a 300 euro al giorno
Retta per l'accompagnatore (in istituto di cura, o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera)	Retta accompagnatore fino a 55 euro al giorno - max 30 giorni per ricovero
Assistenza infermieristica individuale privata	Fino a 50 euro al giorno – max 30 giorni per ricovero
Viaggio e trasporto dell'assistito e di un accompagnatore da e all'Istituto di Cura e da un Istituto di Cura all'altro (Il trasporto è rimborsabile se effettuato con il mezzo di trasporto più idoneo)	Scoperto 20% - max rimborsabile 750 euro per ricovero
Visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero nonché prestazioni sanitarie nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero stesso (visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni chirurgiche e infermieristiche, terapie), purché correlate all'intervento.	Max Rimborso per anno/assistito 1.850 euro Max Rimborso per evento 850 euro Nelle strutture convenzionate scoperto 15%
In tale ambito si intendono compresi i ricoveri per cure, accertamenti ed interventi preparatori all'intervento principale o da questo resi necessari e comunque a esso connessi	Fuori strutture convenzionate scoperto 40%

Nel caso di trapianto d'organi o parte di essi all'assistito saranno corrisposte anche:

- le spese relative al prelievo sul donatore comprese quelle del trasporto dell'organo;
- le spese effettuate durante il ricovero del donatore (nel caso di donazione da vivente)

2. Indennità sostitutiva per i Grandi Interventi Chirurgici



Descrizione	Condizioni del rimborso
<p>Indennità sostitutiva per i Grandi Interventi Chirurgici, applicabile se l'assistito non richiede alcun rimborso né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa</p>	<p>Fino a 100 euro per ogni giorno di ricovero con pernottamento</p> <p>Max 30 giorni per ciascun ricovero</p>



Descrizione	Condizioni del rimborso
Massimo rimborso per anno/assistito	1.750 euro
Quote di rimborso	
In strutture convenzionate	Minimo non indennizzabile che rimane a carico dell'assistito, 25 euro per ogni prestazione
Fuori strutture convenzionate	Scoperto 50% con minimo non indennizzabile di 80 euro

N.B. Si specifica che il plafond disponibile (cosiddetto massimo rimborso) si raggiunge sommando gli importi liquidati

4. Visite specialistiche ambulatoriali



Descrizione	Condizioni del rimborso
Massimo rimborso per anno/assistito	600 euro
Quota di rimborso	
Massimo rimborso per visita specialistica	<p>Quota non indennizzabile a carico dell'assistito, 25 euro in caso di utilizzo della rete convenzionata;</p> <p>Altrimenti, fuori dalle strutture convenzionate, massimo rimborso previsto per ogni prestazione 40 euro</p>

N.B. Si specifica che il plafond disponibile (cosiddetto massimo rimborso) si raggiunge sommando gli importi liquidati



Descrizione	Condizioni del rimborso
ACCERTAMENTI PRE PARTO	
Massimo Rimborso per anno/assistito per Ecografie effettuate durante la gravidanza (comprovata da idonea certificazione medica)	300 euro
Quote di rimborso (per ecografie)	
Nelle strutture sanitarie convenzionate	Scoperto 30% minimo non indennizzabile 25 euro a prestazione
Fuori dalle strutture sanitarie convenzionate (o personale non convenzionato)	Scoperto 50%; minimo non indennizzabile 25 euro a prestazione
INDENNITA' SOSTITUTIVA PER IL PARTO	
Indennità sostitutiva Ricovero Parto solo in SSN	Fino a 35 euro per ogni giorno di ricovero – max 7 giorni
NEONATO	
Spese per interventi effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta per l'accompagnatore per il periodo del ricovero	Fino a 2.500 euro all'anno per assistito

6. Prevenzione Cardiovascolare e Oncologica (solo rete convenzionata)



Descrizione	Condizioni del rimborso
Massimo rimborso per assistito	150 euro ogni tre anni (solo per Assistiti con età superiore a 45 anni)
Quote di rimborso	Scoperto 10% con minimo non indennizzabile 25 euro

7. Garanzie Odontoiatriche (solo rete convenzionata)

Tipologia Prestazioni		Franchigia
Diagnosi e Prevenzione	2 visite l'anno	
	2 RX endorali l'anno	
	Prima ablazione tartaro annuale	€ 35
	Seconda ablazione tartaro annuale	€ 35
Emergenza Odontoiatrica	1 visita di emergenza con eventuale prescrizione di terapia medica	
	1 RX endorale	
	1 Trattamento di pronto soccorso	
	1 otturazione/ricostruzione temporanea	
Conservativa	2 otturazioni gratuite l'anno	
	Otturazione 1 superfice (1° classe)	
	Otturazione 2 superfici (2° classe)	€ 10
	Otturazione 3 superfici (3°,4°,5° classe)	€ 10

Il **Piano Sanitario PLUS** prevede le seguenti coperture*:



Non Autosufficienza

1



Ticket

2



**Temporanea
Caso Morte**

3



**Critical Illness
(Gravi Malattie)**

4

*per maggior dettaglio su quanto di seguito indicato, si rinvia alla Guida al Piano Sanitario

Dettaglio Piano Sanitario PLUS:

LTC

€ 12.000 di rendita annua per assistito, pagata per tutta la vita in caso di non autosufficienza

TICKET

Rimborso Ticket Sanitario per accertamenti diagnostici, di pronto soccorso, visite specialistiche ambulatoriali, conseguenti a malattia o a infortunio effettuati nel SSN:
- Max € 35,00 di rimborso per ticket
- Max € 300,00 l'anno per assistito

TCM

€ 30.000 una tantum pagato nel caso di decesso da malattia o infortunio

CI

€ 10.000 una tantum pagato alla diagnosi di una grave malattia (cancro, infarto miocardio, ictus)

1. A chi è dedicato
2. Cosa offre il Fondo Sanitario. I Piani Sanitari
3. Quanto costano i Piani Sanitari
4. Modalità di accesso alle prestazioni
5. Come richiedere il rimborso: forma diretta e forma indiretta



- Per il dipendente il piano sanitario «base» è interamente a carico dell'azienda
- Il dipendente quindi potrà usufruire di tutte le prestazioni previste da questo piano senza alcun costo di iscrizione

Contributo Aziendale Piano «Base» per il dipendente

Mensile	Annuale
€12,50	€150,00

- Il **dipendente** ha la possibilità di scegliere per sé il **piano «plus»** e di estendere l'iscrizione a tutto il proprio nucleo familiare con contribuzione a proprio carico:

Tipologia copertura			
Base		Plus	
Dipendente (senza nucleo)	Dipendente che estende l'iscrizione al nucleo	Dipendente (senza nucleo)	Dipendente che estende l'iscrizione al nucleo
€ 0	€ 18,75 (al mese) € 225,00 (all'anno)	€ 10,25 (al mese) € 123,00 (all'anno)	€ 44,375 (al mese)* € 532,50 (all'anno)

N.B. L'estensione delle garanzie della copertura prescelta dal dipendente, prevede un costo, a suo totale carico, **pari ad 1,5 volte quello della combinazione prescelta**, indipendentemente dal numero di componenti del nucleo familiare. Per esempio il singolo dipendente che volesse anche la copertura plus pagherebbe mensilmente solo 10,25 euro perché la componente base è tutta versata dall'Azienda. Se poi volesse anche estendere questo pacchetto «base + plus» al suo nucleo familiare il costo per il solo nucleo sarebbe: $(12,50 + 10,25) \times 1,5 = 34,125$ €. Tale cifra, unitamente ai 10,25 € (di propria quota plus) determina, appunto, il valore espresso in tabella di 44,375 €

- Per la categoria «**pensionati**», nel caso di mantenimento della copertura sanitaria, il contributo sarà a proprio carico, sia per sé sia per il nucleo, e pari a:

Tipologia copertura	
Base	
Pensionato (senza nucleo)	Pensionato che estende l'iscrizione al nucleo
€ 16,25 (al mese) € 195,00 (all'anno)	€ 40,62 (al mese) € 487,50 (all'anno)

1. A chi è dedicato
2. Cosa offre il Fondo Sanitario. I Piani Sanitari
3. Quanto costano i Piani Sanitari
4. Modalità di accesso alle prestazioni
5. Come richiedere il rimborso: forma diretta e forma indiretta



Le prestazioni possono essere erogate sia in forma “diretta” che “indiretta”.



Diretta

- L'iscritto usufruisce delle prestazioni sanitarie presso una delle strutture convenzionate con il Fondo e:
- se il costo delle prestazioni è compreso nei limiti e nei massimali previsti dal Piano Sanitario, l'iscritto non effettua alcun pagamento alla struttura sanitaria;
- se il costo delle prestazioni supera i limiti ed i massimali previsti del Piano Sanitario, l'iscritto deve pagare alla struttura sanitaria esclusivamente la differenza tra il costo della prestazione e quanto previsto dal Piano Sanitario.



Indiretta

L'iscritto può usufruire di prestazioni sanitarie presso qualsiasi ospedale pubblico e privato, studio medico, ambulatorio, clinica privata, laboratorio privato.

Successivamente dovrà inviare la richiesta di rimborso al Fondo, che provvederà al rimborso nei limiti e massimali previsti dal Piano Sanitario di appartenenza.

1. A chi è dedicato
2. Cosa offre il Fondo Sanitario. I Piani Sanitari
3. Quanto costano i Piani Sanitari
4. Modalità di accesso alle prestazioni
5. Come richiedere il rimborso: forma diretta e forma indiretta



Prestazioni sanitarie - Forma “diretta”

La richiesta di prenotazione avviene contattando direttamente la struttura convenzionata individuata e fornendo il nome del Fondo di appartenenza con il proprio codice assistito **(reperibile sulla card personale stampabile dall’area riservata del sito del Fondo)**.

Per usufruire delle prestazioni sanitarie in forma “diretta” gli assistiti devono compilare un modulo, predisposto dal Fondo e rilasciato dalle strutture sanitarie ed esibire un documento di riconoscimento o quanto espressamente richiesto dalle strutture convenzionate (i.e., Network Convenzionato), al fine di consentire a queste ultime di verificarne la regolare iscrizione al Fondo.

Si precisa che in alcune strutture sanitarie convenzionate potrebbero operare medici che non hanno accettato l’accordo di convenzionamento, in questi casi l’Assistito dovrà pagare la struttura sanitaria e richiedere il rimborso in forma indiretta.

Gli Assistiti del Fondo, potranno ottenere tariffe agevolate presso le strutture sanitarie private della rete *Poste Protezione* anche per tutte quelle prestazioni non previste dal proprio Piano Sanitario, comunicando lo stato di dipendente di una Società del Gruppo Poste Italiane e presentando la Card che è possibile stampare dalla propria Area Riservata.

Prestazioni sanitarie - Forma “indiretta”

Per richiedere al Fondo il rimborso delle spese sanitarie pagate direttamente, nei limiti e nei massimali previsti dal Piano Sanitario, l'assistito dovrà procedere **in modalità digitale**.

Nel dettaglio dovrà:

- accedere alla propria area riservata sul portale web del Fondo
- accedere al menù dei rimborsi e in base alla tipologia della richiesta, selezionare il pulsante dedicato
- selezionare l'Assistito per il quale si sta inviando la richiesta
- compilare i campi relativi alla fattura (numero, data, importo e partita IVA)
- caricare mediante “upload” la documentazione di spesa che attesti inequivocabilmente l'avvenuto pagamento delle prestazioni mediche e gli eventuali obblighi richiesti dal Fondo (la documentazione deve essere caricata come file in formato jpg o pdf).

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

Prestazioni sanitarie - Forma “indiretta”

in caso di ricovero:

- copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale
- copia della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento

in caso di indennità giornaliera per ricovero:

- copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale

in caso di prestazioni extra-ricovero (es. Visite specialistiche, Diagnostica di alta specializzazione):

- copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico
- copia della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento

Posteitaliane

