



#sempre+

PIÙ SALUTE PER IL TUO FUTURO

**ESTENSIONE GRATUITA PRESTAZIONI
PER I FIGLI MINORENNI DEGLI ISCRITTI**



ESTENSIONE GRATUITA PRESTAZIONI PER I FIGLI MINORENNI DEGLI ISCRITTI

Dal 2021 Lavoratori Dipendenti e i Titolari, Soci e Collaboratori iscritti possono ottenere rimborsi per prestazioni fruite dai figli minorenni



Per richiedere i rimborsi:

- Per i figli minorenni iscritti al Fondo nella campagna volontari 2021 attraverso il versamento della quota contributiva non occorre effettuare la registrazione
- Per i figli minorenni non iscritti al Fondo come volontari nel 2021 occorre effettuare la registrazione



PRESTAZIONI

Le prestazioni sono erogate in Autogestione direttamente da SAN.ARTI.



Visita oculistica



Lenti graduate correttive



Visita ortopedica



Ausili e protesi ortopediche



Indagini genetiche



Assistenza alla non autosufficienza



Rimborso dei ticket



VISITA OCULISTICA

Una volta l'anno presso qualsiasi struttura privata

Massimale annuo € 70,00

Scoperto del 25%, massimo indennizzabile di € 70,00

Documentazione da inviare per chiedere il rimborso

- **Prescrizione medica** con quesito diagnostico o patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la visita specialistica oculistica
- **Documento di spesa/fattura** del medico specialista oculista



LENTI GRADUATE CORRETTIVE

PER OCCHIALI E LENTI A CONTATTO GRADUATE CORRETTIVE ANCHE USA E GETTA

Massimale di € 200,00 ogni 24 mesi su singolo documento di spesa, con una franchigia di € 50,00

Documentazione da inviare per chiedere il rimborso

1. **Prescrizione del medico oculista per la prima richiesta di rimborso.** Dalla seconda richiesta di rimborso in poi si può scegliere se allegare la prescrizione dell'oculista o la certificazione dell'ottico optometrista che riporti la variazione del visus dalla prima richiesta. La prescrizione del medico oculista o la certificazione dell'ottico deve essere firmata dal professionista e deve contenere:

- nome e cognome del figlio minorenni,
- indicazione del visus con sistema TABO, cioè delle diottrie sferiche e/o cilindriche e data leggibili

Sono valide se rilasciate fino a 12 mesi antecedenti la data di emissione della fattura o dello scontrino parlante

2. **Fattura o scontrino parlante** rilasciato in Italia che contenga il Codice Fiscale del figlio minorenni ed il dettaglio dell'acquisto con esposizione delle singole voci di spesa e degli importi versati per ciascuna: lenti graduate correttive, montatura, lavorazione, altro



VISITA ORTOPEDICA

Una volta l'anno presso qualsiasi struttura privata

Massimale annuo € 70,00

Scoperto del 25% e massimo indennizzabile di € 70,00

Documentazione da inviare per chiedere il rimborso

- **Prescrizione medica** con quesito diagnostico o patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la visita specialistica ortopedica

- **Documento di spesa/fattura** del medico specialista ortopedico



PLANTARI ORTOPEDICI, ALTRI AUSILI E PROTESI

Massimale annuo € 100,00

Sono ammesse a rimborso le spese per

Plantari ortopedici	Ginocchiera articolata post intervento chirurgico
Sistema di sedute posturali	Protesi acustica mono o bilaterale
Passeggini posturali e da trasferimento	Ortesi spinale
Ausili per la deambulazione	Apparecchi ortopedici per arto inferiore
Stampelle	Apparecchi ortopedici per arto superiore

Documentazione da inviare per chiedere il rimborso

1. **Prescrizione medica** con quesito diagnostico o patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la prestazione. I plantari, gli ausili e le protesi devono essere richiesti dal medico specialista del campo, ad esempio i plantari dallo specialista ortopedico del piede
2. **Documento di spesa:** fattura emessa da un fornitore autorizzato



INDAGINI GENETICHE, ESAMI DI LABORATORIO GENETICO-MOLECOLARE

Massimale annuo € 500,00

- Rimborso integrale dei Tickets del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)
- Scoperto del 25% per fatture emesse da strutture private

Documentazione da inviare per chiedere il rimborso

- **Prescrizione medica** con quesito diagnostico o patologia presunta o accertata che ha reso necessario l'esame
- **Documento di spesa** dal quale sia riconoscibile la prestazione effettuata
- **Referto o esame** della malformazione come precisato nella tabella contenuta nell'**Allegato I**



ASSISTENZA PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

FIGLIO MINORENNE CON CONNOTAZIONE DI GRAVITÀ

Prestazione rimborsuale per l'assistenza e la cura di figlio minorenni non autosufficiente che necessita di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita ai sensi della Legge 104/92 art. 3 comma 3

Massimale annuo € 2400,00

Prestazioni ammesse al rimborso

- Strumenti e/o prestazioni di assistenza specifica alla persona: carrozzina, badante, infermiere
- Prestazioni mediche e/o presidi acquistati su prescrizione del medico curante: visite, analisi, terapie di supporto (logopedista, pet-therapy) con esclusione delle spese odontoiatriche

Documentazione richiesta

- Copia del verbale rilasciato dalla ASL di appartenenza ai sensi della Legge 104/1992 art. 3 comma 3 (“grave condizione di non autosufficienza”)
- Copia dei documenti di spesa fiscalmente validi (fatture, ricevute, scontrini fiscali parlanti, tickets) riferiti alle spese di assistenza sostenute per il figlio non autosufficiente
- Copia della prescrizione del medico curante per le prestazioni mediche e i presidi sanitari

FIGLIO MINORENNE SENZA CONNOTAZIONE DI GRAVITÀ

Prestazione rimborsuale per l'assistenza e la cura di figlio minorenni non autosufficiente senza connotazione di gravità che necessita di assistenza ai sensi della Legge 104/92 art. 3 comma 1

Massimale annuo € 600,00

Rimborso del **50% delle spese sostenute**, dal compimento del 3° anno di età fino al compimento del 18° anno di età

Prestazioni ammesse al rimborso

Prestazioni mediche e/o presidi acquistati su prescrizione del medico curante: visite, analisi, terapie di supporto (logopedista, pet-therapy) con esclusione delle spese odontoiatriche

Documentazione richiesta

- Copia del verbale ASL validato dal Centro Medico Legale (CML) dell'Inps di appartenenza ai sensi della Legge 104/1992 art. 3 comma 1
- Copia dei documenti di spesa fiscalmente validi (fatture, ricevute, scontrini fiscali parlanti, tickets) riferiti alle spese di assistenza sostenute per il figlio non autosufficiente
- Copia della prescrizione del medico curante per le prestazioni mediche e i presidi sanitari



TICKETS PER VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

Massimale annuo € 600,00

Rimborso dei Tickets emessi dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

Documentazione da inviare per chiedere il rimborso

Copia del documento di spesa, cioè la fattura/ricevuta attestante il pagamento del Ticket rilasciato dal SSN. Il documento di spesa deve contenere:

- il nome e cognome ed il codice fiscale del figlio minorenne,
- la ragione sociale, codice fiscale/partita iva della struttura sanitaria dove è stata effettuata la prestazione
- l'importo pagato

Deve inoltre essere riconoscibile il tipo di prestazione effettuata.



COME REGISTRARE IL FIGLIO MINORENNE NON ISCRITTO

Le richieste di rimborso per i figli minorenni non iscritti nella campagna volontari 2021 si possono presentare dopo aver effettuato la loro registrazione.

Per i figli minorenni iscritti al Fondo nella campagna volontari 2021 le richieste di rimborso si possono presentare quando il figlio è in copertura

1

- Accedere alla propria area riservata sul sito www.sanarti.it
- Cliccare sul box giallo relativo alla estensione delle prestazioni per i figli minorenni

2

- Compilare la scheda inserendo i dati dei figli minorenni
- Salvarli
- Allegare lo Stato di Famiglia per figli risultanti dallo stato di famiglia, o un atto di nascita per ciascuno dei figli di genitori separati/divorziati che potrebbero non risultare dallo stato di famiglia

3

- Se le informazioni inserite corrispondono a quanto contenuto nel documento trasmesso la richiesta di registrazione sarà approvata e l'esito positivo comunicato con una e-mail
- Se le informazioni non corrispondono la richiesta di registrazione sarà respinta: motivazione ed indicazioni per la risoluzione della problematica saranno comunicate con un'email



COME CHIEDERE IL RIMBORSO

Sono ammissibili i documenti di spesa rilasciati in Italia dal 1° gennaio 2021, fino ad un anno dalla data di emissione

1

- Accedere alla propria area riservata sul sito www.sanarti.it
- Cliccare sul box verde Prenotazioni/Rimborsi
- Cliccare sul box celeste Pratiche SAN.ARTI

2

- Nel riquadro che contiene i dati del proprio nucleo familiare selezionare il pulsante per presentare una nuova pratica, sulla riga nella quale sono riportati i dati del figlio minorenni
- Selezionare la tipologia di prestazione che si intende richiedere

3

- Compilare i campi per la descrizione della documentazione da inviare ed allegarla
- Cliccare su *Invia pratica* e poi *Conferma*



ALLEGATO 1

TIPO MALFORMAZIONE	DOCUMENTAZIONE RICHIESTA PER IL RIMBORSO
ACONDROPLASIA (NANISMO)	Referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza e/o cartella clinica rilasciata alla nascita
ANEMIA FALCIFORME	Referto specialistico e/o referti di esami effettuati in precedenza
ANEUPLOIDIE MOLECOLARI	Referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza (anche pre-natali)
ATASSIE SPINOCEREBELLARI	Sia nella forma ereditaria che nella forma acquisita: referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza e/o documentazione clinica di FAMILIARE eventualmente affetto dalla medesima patologia
ATASSIA DI FRIEDREICH	Referto specialistico e/o elettromiografia precedentemente effettuata e/o documentazione clinica di FAMILIARE eventualmente affetto dalla medesima patologia
ATASSIA-TELEANGECTASIA (AT)	Referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza e/o documentazione clinica di FAMILIARE eventualmente affetto dalla medesima patologia
DISTONIA PRIMARIA O IDIOPATICA	Referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
DISTONIA MIOTONICA	Referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza e/o documentazione clinica di FAMILIARE eventualmente affetto dalla medesima patologia
DISTROFIA MUSCOLARE	Referto specialistico e/o di referto accertamento effettuato in precedenza
EMOCROMATOSI	Esame di laboratorio precedente e/o prescrizione con patologia
COREA DI HUNTINGTON GIOVANILE (JHD)	Sia nei pazienti sintomatici che nei pazienti asintomatici: referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza e/o documentazione clinica di FAMILIARE eventualmente affetto dalla medesima patologia
DEFICIT DI ACIL-CoA DEIDRONENASI (MCDA DEFICIT)	Referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
SORDITA' CONGENITA	Referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
SBMA (ATROFIA MUSCOLARE SPINO-BULBARE)	Referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
X FRAGILE	Referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
FATTORE VIII PER L'EMOFILIA	Referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
DEFICIT 21 IDROSSILASI (CAH)	Referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
DEFICIT 5ALFAREDUTTASI	Referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
DEFICIT AROMATASI	Referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
FIBROSI CISTICA	Referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
CROMATINA SESSUALE	Referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
CARIOTIPO SU SANGUE PERIFERICO	Referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
CITOGENETICA POST-NATALE	Referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
MICRODELEZIONE DEL CROMOSOMA Y	Referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza

Sportello SAN.ARTI. per l'Emilia Romagna

CONTATTI

Paola Pedrini tel. 051 2133143

Maria Chiara Baldi tel. 051 2133113

sportello.sanarti@cnaemiliaromagna.it



Emilia Romagna