

Convenzione per l'assistenza sanitaria per gli iscritti SMI

Chi siamo

Casagit Salute – Società Nazionale di Mutuo Soccorso dei Giornalisti Italiani «Angiolo Berti».

Nel 1974 nasce come un'associazione privata senza scopo di lucro per i giornalisti italiani.

Nel 2020 diventa Società Nazionale di Mutuo Soccorso **aperta a tutti i cittadini italiani**.

Scopo primario è assicurare ai Soci e ai loro familiari **un sistema integrativo dell'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale** con una copertura delle spese sanitarie che prosegue anche dopo il pensionamento e senza limiti d'età.

I numeri:

Assistiti: 53.000 tra soci e loro familiari

Contributi gestiti: 80 mln / anno

Prestazioni erogate: 67 mln / anno

Principali differenza tra una Mutua e una Assicurazione

CASAGIT SALUTE	ASSICURAZIONE
Organizzazione con finalità di assistenza senza scopo di lucro	Impresa commerciale
Garantisce assistenza per tutta la vita	Le coperture cessano di norma a 70/75 anni
Non recede mai dal rapporto associativo, solo il socio può farlo	Le assicurazioni al verificarsi di determinati sinistri possono recedere dalla polizza
Non effettua selezione dei rischi per l' esclusione di malattie pregresse	Escludono molto spesso le malattie pregresse o applicano sovrapprezzi
I contributi associativi versati sono detraibili nella misura del 19% fino ad un importo massimo di € 1.300,00 e inoltre le spese non rimborsate sono detraibili nella misura del 19%	Solo le spese non rimborsate sono detraibili nella misura del 19%



Le caratteristiche distintive che ci riconoscono i soci

- ◆ Manteniamo l'assistenza sanitaria a qualsiasi età e per tutta la vita
- ◆ Non richiediamo visite mediche preliminari o la compilazione di un questionario sanitario:
 - ◆ nessuna selezione del rischio in entrata
 - ◆ le patologie pregresse non hanno alcuna influenza sulle coperture sanitarie e sulla contribuzione
- ◆ Nessuna incidenza della sinistrosità sulla contribuzione e sulla durata delle coperture
- ◆ Massima libertà nella scelta del medico. Il socio riceverà lo stesso rimborso sia rivolgendosi ai medici di propria fiducia che ai medici convenzionati con Casagit Salute.
- ◆ Nessuna burocrazia per l'accesso alle prestazioni specialistiche e diagnostiche (basta la prescrizione medica)
- ◆ **Non è richiesta la certificazione di un evento patologico** in corso per avere accesso alle prestazioni (massima libertà nella prevenzione)

Le caratteristiche distintive che ci riconoscono i soci

- ◆ Massimali di prestazione riguardano ogni persona e non l'intero nucleo familiare
- ◆ Possibilità di iscrivere i familiari (coniuge/convivente more uxorio, figli) anche non fiscalmente a carico
- ◆ I Figli possono essere assistiti fino a 35 anni (con relativo sconto sulla contribuzione), indipendentemente dal requisito di convivenza
- ◆ Possibilità di sospendere l'iscrizione nei periodi di difficoltà economica
- ◆ Possibilità di **cambiare** piano sanitario ogni 3 anni
- ◆ Coperture previste dai piani sanitari sono valide in Italia e all'Estero

I benefici fiscali

	Soci	Familiari
Contributi versati	detraibilità nella misura del 19% fino ad un importo massimo di € 1.300,00	non è prevista la detraibilità
Rimborsi spese sanitarie	le spese non rimborsate sono detraibili nella misura del 19%	le spese anche se rimborsate sono detraibili nella misura del 19%

Le coperture sanitarie

I piani sanitari per le adesione entro i
60 anni



Accertamenti e Visite Specialistiche

	Salute Protetta	Salute Serena	Salute Attiva	Salute Giovane
Accertamenti clinici <i>(esami di laboratorio: analisi del sangue, urine)</i>	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 1.000 annui per persona	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 125 annui per persona	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 100 annui per persona	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 75 annui per persona
Accertamenti diagnostici <i>(alta diagnostica: RMN, TAC, endoscopie, doppler, otc bassa diagnostica: ecografie, radiografie)</i>	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 15.000 annui per persona	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 8.000 annui per persona	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 3.000 annui per persona	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 1.200 annui per persona
Visite specialistiche	Rimborso entro il limite della tariffa e senza massimale	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 800 annui per persona	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 200 annui per persona	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 100 annui per persona
Pacchetto maternità <i>(ecografie ostetriche e morfologiche, analisi cliniche e indagini genetiche, amniocentesi, villocentesi, translucenza nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio dello sviluppo del feto)</i>	Prestazioni incluse negli accertamenti clinici e diagnostici	Rimborso 100% entro il limite del massimale: € 500 per evento (inteso come intero periodo della gravidanza)	Rimborso 100% entro il limite del massimale: € 400 per evento (inteso come intero periodo della gravidanza)	Rimborso 100% entro il limite del massimale: € 250 per evento (inteso come intero periodo della gravidanza)
Pacchetto prevenzione <i>(dermatologico, ginecologico, oculistico, urologico)</i>	Prestazioni incluse negli accertamenti clinici e diagnostici e visite	Rimborso 100% entro il limite del massimale: € 200 annui per persona	Rimborso 100% entro il limite del massimale: € 150 annui per persona	Rimborso 100% entro il limite del massimale: € 100 annui per persona

ATTENZIONE → per determinare il rimborso è necessario tener conto di DUE parametri:

- **massimale annuo**: limite annuo per TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE
- **nomenclatore tariffario**: importo massimo liquidabile per ogni **SINGOLA PRESTAZIONE** entro il limite del massimale annuo



Ricoveri

	Salute Protetta	Salute Serena	Salute Attiva	Salute Giovane
Ricoveri per Grandi Interventi	Gli interventi chirurgici sono suddivisi in 7 classi, a seconda della loro complessità Il rimborso è in funzione del massimale dell'intervento	Gli interventi chirurgici sono suddivisi in 7 classi, a seconda della loro complessità Il rimborso è in funzione del massimale dell'intervento	Il rimborso è in funzione del massimale dell'intervento (solo Classi VI e VII)	Il rimborso è in funzione del massimale dell'intervento (solo Classi VI e VII)
Ricoveri con intervento chirurgico	In caso di ricorso al S.S.N. € 100 rimborso forfetario giornaliero massimo 30 giorni - franchigia 2 giorni	In caso di ricorso al S.S.N. € 70 rimborso forfetario giornaliero massimo 30 giorni - franchigia 2 giorni	€ 70 rimborso forfetario giornaliero massimo 30 giorni franchigia 2 giorni	€ 70 rimborso forfetario giornaliero massimo 30 giorni franchigia 2 giorni
Ricoveri senza intervento chirurgico	€ 700 al giorno massimo 5 giorni 3 ricoveri all'anno In caso di ricorso al S.S.N. € 75 rimborso forfetario giornaliero massimo 30 giorni - franchigia 2 giorni	€ 450 al giorno massimo 5 giorni 3 ricoveri all'anno In caso di ricorso al S.S.N. € 50 rimborso forfetario giornaliero massimo 30 giorni - franchigia 2 giorni	€ 50 rimborso forfetario giornaliero massimo 30 giorni franchigia 2 giorni	€ 50 rimborso forfetario giornaliero massimo 30 giorni franchigia 2 giorni
Cure oncologiche <i>(chemioterapia, radioterapia, altre terapie finalizzate alla cura di malattie oncologiche)</i>	Rimborso 100% entro il limite del massimale: € 6.000 annui per persona	Rimborso 100% entro il limite del massimale: € 2.000 annui per persona	Rimborso 100% entro il limite del massimale: € 2.000 annui per persona	Rimborso 100% entro il limite del massimale: € 1.500 annui per persona



Ricoveri

Tutti gli interventi sono raggruppati in SETTE CLASSI di intervento e il rimborso avviene a seconda della classe di appartenenza

CLASSE	ALCUNI INTERVENTI	RIMBORSO SALUTE PROTETTA	RIMBORSO ALTRI PIANI
VII	GASTRECTOMIA, TRAPIANTI D'ORGANO, PNEUMECTOMIA	€ 100.000,00	€ 50.000,00
VI	INTERVENTI DI CARDIOCHIRURGIA, PANCREATECTOMIA, ISTERECTOMIA RADICALE, CRANIOTOMIA, ERNIA DEL DISCO	€ 27.000,00	€ 18.000,00
V	MASTECTOMIA, FRATTURE DEI MASCELLARI, ARTROPROTESI SPALLA, GINOCCHIO, GOMITO	€ 11.000,00	€ 7.500,00
IV	MENISCO, SAFENECTOMIA LAPAROTOMIA ESPLORATIVA	€ 7.800,00	€ 5.200,00
III	APPENDICECTOMIA, CUFFIA DEI ROTATORI, SETTOPLASTICA RICOSTRUTTIVA	€ 6.000,00	€ 4.000,00
II	ALLUCE VALGO, DITO A MARTELLO, CATARATTA	€ 3.900,00	€ 2.600,00
I	TUMORE BENIGNO O MALIGNO DI CUTE, ASPORTAZIONE CISTI, EMORROIDI	€ 800,00	€ 550,00

Il RIMBORSO, forfetario omnicomprensivo, è erogato:

- in **forma indiretta** (al socio, tramite invio di fatture saldate e cartella clinica, attraverso la sua Area Riservata).
- in **forma diretta** (alla struttura, dopo autorizzazione di Casagit Salute). Per attivare la **forma diretta**:
 - verificare che **STRUTTURA** e tutta l'**EQUIPE MEDICA** siano **CONVENZIONATI**
 - inviare via email **certificato medico** con: diagnosi, tipo di intervento e durata presunta della degenza.



Cure odontoiatriche

	Salute Protetta	Salute Serena	Salute Attiva	Salute Giovane
Igiene orale	€ 50 annui per persona	€ 50 annui per persona	€ 50 annui per persona	€ 50 annui per persona
Prestazioni odontoiatriche	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 4.000 annui per persona	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 2.000 annui per persona	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 1.000 annui per persona	-

ATTENZIONE → per determinare il rimborso è necessario tener conto di DUE parametri:

- **massimale annuo**: limite annuo per TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE
- **nomenclatore tariffario**: importo massimo liquidabile per ogni **SINGOLA PRESTAZIONE** entro il limite del massimale annuo

Lenti

	Salute Protetta	Salute Serena	Salute Attiva	Salute Giovane
Occhiali e lenti a contatto <i>Rimborso di montatura, lenti e/o lenti a contatto</i>	€ 190 per persona nel biennio per difetto visivo (annuale per i minorenni)	€ 150 per persona nel triennio	€ 150 per persona nel triennio	€ 150 per persona nel triennio

Il diritto al rimborso decorre dalla data del primo acquisto

ATTENZIONE → È possibile richiedere il rimborso con una sola fattura (ad es.: acquisto occhiale completo) o più fatture (ad es.: acquisto lenti a contatto): il massimale è, erogato fino ad esaurimento, in un'unica soluzione o in più richieste



Riabilitazioni

	Salute Protetta	Salute Serena	Salute Attiva	Salute Giovane
Terapie fisiche e riabilitative	Rimborso entro il limite della tariffa da 12 a 104 sedute in funzione dell'evento (patologia, ricovero, infortunio)	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 1.200 annui per persona (solo a seguito di infortunio o ricovero)	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 1.000 annui per persona (solo a seguito di infortunio o ricovero)	-
Protesi e presidi sanitari	Rimborso entro il limite della tariffa	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 800 annui per persona (solo a seguito di infortunio o ricovero)	-	-
Cure termali	Rimborso del ticket entro il limite del massimale: € 150 annui per persona	Rimborso del ticket entro il limite del massimale: € 150 annui per persona (solo a seguito di infortunio o ricovero)	-	-

ATTENZIONE → A seguito di infortunio o ricovero: fisioterapia erogabile esclusivamente con **VERBALE DI PRONTO SOCCORSO** o **CARTELLA CLINICA**

Assistenza ai non autosufficienti - LTC

In caso di perdita di autosufficienza nel compiere gli atti elementari della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, nutrirsi, andare in bagno, mobilità, spostarsi) è prevista la corresponsione di una rendita vitalizia mensile di € 500, erogata da una primaria assicurazione, per fronteggiare il costo delle prestazioni di carattere socio assistenziale rese necessarie dalla condizione di impossibilità del soggetto a prendersi cura di se stesso.

La rendita è la stessa per tutti i Piani sanitari.



Assistenza in emergenza

Il servizio attraverso un numero verde attivo **24 ore su 24, 7 giorni su 7** fornisce i seguenti servizi:

- ◆ **ASSISTENZA MEDICA D'URGENZA**
consulto medico telefonico; videoconsulto medico e specialistico; prescrizione medica; invio di un medico o di un'ambulanza in caso di emergenza

- ◆ **SERVIZI UTILI PRIMA, DURANTE E DOPO IL RICOVERO**
trasferimento sanitario programmato, presso l'istituto di cura e rientro all'abitazione; assistenza non specialistica presso l'istituto di cura (durante il ricovero); reperimento e fornitura di presidi medico-chirurgici; assistenza infermieristica; reperimento e consegna farmaci; invio di un fisioterapista o di un Operatore Socio-Assistenziale; disbrigo delle quotidianità

- ◆ **ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATA**
prelievo campioni; consegna esiti esami

- ◆ **ASSISTENZA ALL'ESTERO**
invio di medicinali; trasferimento/rimpatrio sanitario; rientro anticipato; viaggi di un familiare in caso di ricovero; interprete

- ◆ **CONSULENZA VETERINARIA D'URGENZA**

Le quote contributive

Fasce d'età	Salute Protetta	Salute Serena	Salute Attiva	Salute Giovane
da 0 a 10 anni	€ 480	€ 384	€ 192	€ 72
da 11 a 20 anni	€ 750	€ 576	€ 372	€ 150
da 21 a 30 anni	€ 1.248	€ 780	€ 480	€ 252
da 31 a 40 anni	€ 2.100	€ 1.152	€ 624	€ 300
da 41 a 50 anni	€ 2.460	€ 1.320	€ 660	€ 330
da 51 a 60 anni	€ 2.700	€ 1.620	€ 816	€ 348
da 61 a 70 anni	€ 2.850	€ 1.992	€ 1.128	€ 492
da 71 a 80 anni	€ 3.096	€ 2.250	€ 1.200	€ 492
da 81 anni	€ 3.300	€ 2.316	€ 1.320	€ 492

Sconto 10% per l'iscritto SMI

Sconto 20% per il coniuge o convivente more-uxorio

Sconto 30% per i figli (fino a 35 anni anche non a carico)

Salute Argento

Il piano sanitario per chi ha un'età compresa tra i 60 e 75 anni



Accertamenti e Visite Specialistiche

	Salute Argento
Accertamenti clinici <i>(esami di laboratorio: analisi del sangue, urine)</i>	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 125 annui per persona
Accertamenti diagnostici <i>(alta diagnostica: RMN, TAC, endoscopie, doppler, etc bassa diagnostica: ecografie, radiografie)</i>	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 6.000 annui per persona
Visite specialistiche	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 800 annui per persona
Pacchetto prevenzione <i>(dermatologico, ginecologico, oculistico, urologico)</i>	Rimborso 100% entro il limite del massimale: € 200 annui per persona

ATTENZIONE → per determinare concretamente il rimborso è necessario tener conto di DUE parametri:

- **massimale annuo**: limite annuo per TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE
- **nomenclatore tariffario**: importo massimo liquidabile per ogni **SINGOLA PRESTAZIONE** entro il limite del massimale annuo

Ricoveri

	Salute Argento
Ricoveri per Grandi Interventi	Gli interventi chirurgici sono suddivisi in 7 classi, a seconda della loro complessità Il rimborso è in funzione del massimale dell'intervento
Ricoveri con intervento chirurgico	In caso di ricorso al S.S.N. € 70 rimborso forfetario giornaliero massimo 30 giorni - franchigia 2 giorni
Ricoveri senza intervento chirurgico	€ 450 al giorno massimo 5 giorni 3 ricoveri all'anno In caso di ricorso al S.S.N. € 50 rimborso forfetario giornaliero massimo 30 giorni - franchigia 2 giorni
Cure oncologiche <i>(chemioterapia, radioterapia, altre terapie finalizzate alla cura di malattie oncologiche)</i>	Rimborso 100% entro il limite del massimale: € 2.000 annui per persona



Cure odontoiatriche

	Salute Argento
Igiene orale	€ 50 annui per persona
Prestazioni odontoiatriche	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 1.500 annui per persona

ATTENZIONE → per determinare concretamente il rimborso è necessario tener conto di DUE parametri:

- **massimale annuo**: limite annuo per TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE
- **nomenclatore tariffario**: importo massimo liquidabile per ogni **SINGOLA PRESTAZIONE** entro il limite del massimale annuo

Lenti

	Salute Argento
Occhiali e lenti a contatto <i>Rimborso di montatura, lenti e/o lenti a contatto</i>	€ 150 per persona nel triennio

Il diritto al rimborso decorre dalla data del primo acquisto

ATTENZIONE → È possibile richiedere il rimborso con una sola fattura (ad es.: acquisto occhiale completo) o più fatture (ad es.: acquisto lenti a contatto): il massimale è, erogato fino ad esaurimento, in un'unica soluzione o in più richieste

Riabilitazioni

	Salute Argento
Terapie fisiche e riabilitative	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 1.200 annui per persona (solo a seguito di infortunio o ricovero)
Protesi e presidi sanitari	Rimborso entro il limite della tariffa e del massimale di: € 800 annui per persona (solo a seguito di infortunio o ricovero)
Cure termali	Rimborso del ticket entro il limite del massimale: € 150 annui per persona (solo a seguito di infortunio o ricovero)

ATTENZIONE → A seguito di infortunio o ricovero: fisioterapia erogabile esclusivamente con **VERBALE DI PRONTO SOCCORSO** o **CARTELLA CLINICA**

Assistenza ai non autosufficienti - LTC

In caso di perdita di autosufficienza nel compiere gli atti elementari della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, nutrirsi, andare in bagno, mobilità, spostarsi) è prevista la corresponsione di una rendita vitalizia mensile di € 500, erogata da una primaria assicurazione, per fronteggiare il costo delle prestazioni di carattere socio assistenziale rese necessarie dalla condizione di impossibilità del soggetto a prendersi cura di se stesso.

La rendita è la stessa per tutti i Piani sanitari.

Le quote contributive

Fasce d'età	Salute Argento
da 60 a 64 anni	€ 2.100
da 65 a 69 anni	€ 2.400
da 70 a 74 anni	€ 2.520
da 75 a 79 anni	€ 2.616
da 80 a 84 anni	€ 2.700
da 85 anni	€ 2.892

Sconto 10% per l'iscritto SMI

Sconto 20% per il coniuge o convivente more-uxorio

Assistenza in emergenza

Il servizio attraverso un numero verde attivo **24 ore su 24, 7 giorni su 7** fornisce i seguenti servizi:

- ◆ **ASSISTENZA MEDICA D'URGENZA**
consulto medico telefonico; videoconsulto medico e specialistico; prescrizione medica; invio di un medico o di un'ambulanza in caso di emergenza

- ◆ **SERVIZI UTILI PRIMA, DURANTE E DOPO IL RICOVERO**
trasferimento sanitario programmato, presso l'istituto di cura e rientro all'abitazione; assistenza non specialistica presso l'istituto di cura (durante il ricovero); reperimento e fornitura di presidi medico-chirurgici; assistenza infermieristica; reperimento e consegna farmaci; invio di un fisioterapista o di un Operatore Socio-Assistenziale; disbrigo delle quotidianità

- ◆ **ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATA**
prelievo campioni; consegna esiti esami

- ◆ **ASSISTENZA ALL'ESTERO**
invio di medicinali; trasferimento/rimpatrio sanitario; rientro anticipato; viaggi di un familiare in caso di ricovero; interprete

- ◆ **CONSULENZA VETERINARIA D'URGENZA**

Come funziona



Accessibilità e decorrenza

Chi può accedere ai piani sanitari?

Possono accedere ai piani sanitari aperti Salute Protetta, Salute Serena, Salute Attiva e Salute Giovane tutte le persone fino al compimento del 60esimo anno d'età.

Possono accedere a Salute Argento tutte le persone con un'età compresa tra 60 e 75 anni.

Quando decorre l'iscrizione?

L'iscrizione decorre dal 1° giorno del mese successivo alla presentazione della domanda

Quando inizia la copertura?

Per tutte le prestazioni decorsi 90 giorni dalla data di iscrizione.

Per ricoveri e interventi chirurgici conseguenti a patologie manifestamente preesistenti al momento dell'iscrizione, l'assistenza decorre dopo 12 mesi dall'iscrizione; dopodiché per i successivi 24 mesi il rimborso sarà pari al 50% di quello previsto dal Nomenclatore tariffario.

Per Salute Argento ci sono ulteriori periodi di carenza per alcune prestazioni odontoiatriche.

Quando dura la copertura?

È per tutta la vita. L'iscrizione ha una durata minima obbligatoria iniziale di 3 anni.

Presentazione richieste di rimborso

Come richiedere il rimborso?

E' sufficiente presentare, attraverso la propria AREA RISERVATA, il documento di spesa, corredato dall'eventuale documentazione aggiuntiva indicata nel Nomenclatore Tariffario.

Quali sono i tempi per la presentazione?

Per ottenere il rimborso delle spese sanitarie sostenute, tutta la documentazione necessaria deve pervenire, entro la fine del trimestre successivo a quello in cui cade la data del giustificativo di spesa.

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

Quando avviene il pagamento?

Il pagamento della prestazione in caso di richiesta in forma indiretta/rimborsuale sarà effettuato entro 30 giorni lavorativi dalla ricezione di tutta la documentazione.

La rete convenzionata

Casagit Salute ha una propria e selezionata rete di strutture convenzionate con accordi per l'erogazione di prestazioni sanitarie sia in forma diretta che indiretta, distribuita sul territorio nazionale costituita da:

- ◆ Case di cura: **200**
- ◆ Centri diagnostici e specialistici: **200**. Casagit Salute gestisce direttamente a Roma un poliambulatorio, con oltre 70 medici specialisti, in cui è possibile effettuare visite specialistiche, indagini diagnostiche, analisi del sangue e fisioterapia
- ◆ Medici specialisti: **480**
- ◆ Studi odontoiatrici: **750**

Con la Casagit Card è possibile avere anche:

- ◆ tariffe scontate in strutture sanitarie d'eccellenza per visite specialistiche, analisi cliniche, cure odontoiatriche, riabilitazione e accertamenti diagnostici (tac, risonanza magnetica, radiografie, ecografie ecc.) anche per prestazioni non previste dal profilo di appartenenza
- ◆ sconti in negozi di ottica e oggettistica e pacchetti assicurativi

Come diventare socio

Per iscriversi è sufficiente presentare *Domanda di iscrizione* allegando copia del documento d'identità e della tessera sanitaria e in caso di familiari anche la Domanda d'iscrizione familiari.

Per maggiori informazioni:



www.casagitsalute.it



pianisanitari@mail.casagit.it



800 548831

