

*PLUS*  
*DIPENDENTI*



Ministero della Difesa

Piano sanitario integrativo per i  
Dipendenti e i loro familiari

Per effettuare le adesioni, per trovare tutte le informazioni sui Piani sanitari, vai su

[www.difesa.cassapreviline.it](http://www.difesa.cassapreviline.it)

24 ore su 24, 365 giorni l'anno

Se avrai bisogno di assistenza è attivo il Customer Care al numero

Per adesione **02.45422648**

Per info sinistri e utilizzo portale **02.45422610**

dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00

oppure scrivici

Per informazioni generali sui sinistri, supporto all'utilizzo e accesso al portale

E-mail: [info.onecare@aon.it](mailto:info.onecare@aon.it)

per il servizio di gestione delle prestazioni in convenzionamento diretto

E-mail: [prenotazioni.onecare@aon.it](mailto:prenotazioni.onecare@aon.it)

## **Informazioni sul Piano Sanitario PLUS DIPENDENTI del Ministero della Difesa**

Questo riepilogo è stato predisposto in modo da costituire un agile strumento esplicativo; in nessun caso può sostituire il Capitolato Speciale, del quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali.

Il Capitolato Speciale resta, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

## Sommario

1. LE PERSONE A CUI E' DEDICATO IL PIANO PLUS DIPENDENTI....	5
2. PREMIO .....	5
3. REGOLE DI ADESIONE.....	5
3.1 AMBITO DI OPERATIVITA' .....	6
4. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO .....	6
4.1. Ricoveri in istituto di cura con o senza intervento chirurgico, compreso il Day Hospital .....	7
4.2. Parto Naturale.....	11
4.3. Parto Cesareo.....	11
4.4. Laser/tecar terapia a scopo fisioterapico e oftalmologico, laserterapia operativa.....	11
4.5 Cure Odontoiatriche, Terapie Conservative, Protesi Odontoiatriche, Ortodonzia e Prestazioni Diagnostiche di tipo Odontoiatrico e Ortodontico .....	11
5. COSA NON E' COPERTO DAL PIANO SANITARIO .....	12

## 1. LE PERSONE A CUI E' DEDICATO IL PIANO PLUS DIPENDENTI

Al Piano *PLUS DIPENDENTI* possono aderire, con pagamento del premio a proprio carico, i dipendenti in SPE (Servizio Permanente Effettivo) e in Spad che intendano ampliare la copertura del Piano Basic 1 offerto dal Ministero della Difesa appartenenti alle seguenti Forze Armate:

- a) Aeronautica Militare
- b) Arma dei Carabinieri
- c) Esercito Italiano
- d) Marina Militare

I Dipendenti, **che avessero già acquistato il Piano Basic 2 per il proprio nucleo familiare**, possono estendere al nucleo anche il Piano Plus.

Si ricorda che per nucleo familiare si intendono:

- ✓ il coniuge non legalmente separato o divorziato, l'unito civilmente, il convivente more uxorio risultante da certificato di famiglia
- ✓ i figli conviventi – legittimi o legittimati o naturali o adottivi – purché risultanti dal certificato di famiglia dell' "assistito "Polizza Basic 1"
- ✓ i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età e identificabili attraverso i dati fiscali (dichiarazioni dei redditi)

Nel caso di genitori entrambi Militari (in servizio e/o in quiescenza), i figli possono essere compresi nella garanzia del nucleo di un solo genitore.

## 2. PREMIO

Il costo annuo lordo di adesione al Piano *PLUS DIPENDENTI* è di **€ 1.350 per ogni assicurato**.

## 3. REGOLE DI ADESIONE

L'adesione al Piano *PLUS DIPENDENTI* può essere effettuata attraverso la Piattaforma [www.difesa.cassapreviline.it](http://www.difesa.cassapreviline.it) con le modalità di seguito descritte.

- a) Durante la finestra di adesione, dal 01/10/2021 al 15/11/2021. In questo caso la copertura decorrerà dall'effetto del 01/10/2021.
- b) Successivamente alla chiusura della finestra di adesione, l'adesione può avvenire esclusivamente a seguito dei seguenti eventi:
- ✓ nel caso di nuova assunzione del dipendente in servizio permanente;
  - ✓ matrimonio/constituzione di unione civile/insorgenza di convivenza more uxorio;
  - ✓ nascita/adozione/affidamento dei figli.

In tali casi la copertura decorre dalla data dell'evento, purché l'adesione al piano di assistenza avvenga, a cura del Militare, entro il termine di 30 (trenta) giorni dal giorno dell'evento stesso.

Qualora la comunicazione non pervenga entro tale termine, la copertura decorrerà dal primo giorno del mese successivo a quello in cui è stata effettuata la comunicazione tardiva.

E' disponibile una brochure guidata per il personale dipendente con tutte le istruzioni di accesso al portale da parte dei Dipendenti

### 3.1 AMBITO DI OPERATIVITA'

Il personale militare è assicurato 24 ore su 24 senza alcun limite territoriale

## 4. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano *PLUS DIPENDENTI* copre le seguenti prestazioni a seguito a di malattia o infortunio:

- ✓ tutti i ricoveri con intervento, i ricoveri in day hospital, i ricoveri senza intervento non previsti negli Allegati 1 e 2
- ✓ parto naturale
- ✓ parto cesareo
- ✓ laser/tecar terapia a scopo fisioterapico e oftalmologico, laserterapia operativa;
- ✓ Cure Odontoiatriche, Terapie Conservative, Protesi Odontoiatriche, Ortodonzia e Prestazioni Diagnostiche di tipo Odontoiatrico e Ortodontico;

**Sono escluse le malattie manifestate ed insorte prima della data di adesione da parte dell'Assicurato (ad eccezione del personale militare in servizio già assistito su Polizza Basic 1)**

**Inoltre, sono previsti i seguenti periodi di carenza:**

- **60 giorni per le malattie**
- **300 giorni per il parto**

#### **4.1. Ricoveri in istituto di cura con o senza intervento chirurgico, compreso il Day Hospital**

Il massimale annuo per la garanzia Ricovero, previsto dal Piano *BASIC*, viene elevato fino a **Euro 500.000**, per anno e per assicurato.

Quanto previsto dal Piano BASIC – di seguito riepilogato - verrà rimborsato per tutti i tipi di ricovero, con o senza intervento, compreso il Day hospital, non rientranti negli elenchi 1 e 2 (Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Malattie).

##### ➤ **RICOVERO O DAY HOSPITAL CON INTERVENTO**

PRE RICOVERO	esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuate <b>nei 150 giorni precedenti l'inizio del ricovero o precedenti all'intervento chirurgico</b> , purché direttamente collegati all'evento (malattia o infortunio) che ha determinato il ricorso alle prestazioni
RICOVERO	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ retta di degenza</li> <li>✓ onorari del chirurgo e di ogni soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento</li> </ul>

	<p>e apparecchi protesici applicati durante l'intervento stesso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ assistenza medica, infermieristica, medicinali, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi purché relativi alla patologia e al periodo di ricovero o in ambulatorio medico per l'intervento chirurgico</li> <li>✓ assistenza infermieristica notturna durante il periodo di ricovero, fino alla concorrenza di € 50 al giorno per un massimo di € 1.000 per anno assicurativo</li> </ul>
POST RICOVERO	<p>esami, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche ambulatoriali, trattamenti fisioterapici o rieducativi e assistenza infermieristica domiciliare <b>sostenuti nei 150 giorni successivi alla data dell'intervento o delle dimissioni</b> da ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni</p>
ACCOMPAGNATORE	<p>vitto e pernottamento di un accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura ricettiva fino alla concorrenza di <b>€ 50 al giorno per un massimo di 30 giorni</b> per anno assicurativo e nucleo familiare assistito</p>
TRASPORTO	<p>trasporto sanitario dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore, con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato (ambulanza, treno o aereo di linea), presso l'istituto di cura e ritorno o trasferimento presso altro istituto di cura più appropriato sotto il profilo delle terapie necessarie all'Assicurato, fino alla concorrenza di <b>€ 2.000 per anno assicurativo</b>. In caso di intervento</p>



	chirurgico effettuato all'estero, il Piano sanitario rimborsa le spese per il viaggio verso l'istituto di cura e ritorno con mezzo pubblico, <b>fino alla concorrenza di € 4.000 per anno assicurativo</b>
--	--

➤ RICOVERO O DAY HOSPITAL SENZA INTERVENTO

PRE RICOVERO	esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuate <b>nei 150 giorni precedenti il ricovero</b> in Istituto di cura, purché direttamente collegati all'evento che ha determinato il ricorso alle prestazioni
RICOVERO	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ retta di degenza</li> <li>✓ assistenza medica, infermieristica, medicinali, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero;</li> </ul>
POST RICOVERO	esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, medicine ed infermieristiche domiciliare sostenuti nei <b>150 giorni successivi alle dimissioni</b> da ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni
TRASPORTO	trasporto sanitario dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore, con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato (ambulanza, treno o aereo di linea), presso l'istituto di cura e ritorno o trasferimento presso altro istituto di cura più appropriato sotto il profilo delle terapie necessarie all'Assicurato, fino alla

	concorrenza di € 2.000 per anno assicurativo. In caso di intervento chirurgico effettuato all'estero, il Piano sanitario rimborsa le spese per il viaggio verso l'istituto di cura e ritorno con mezzo pubblico, fino alla concorrenza di € 4.000 per anno assicurativo
--	---

Con riferimento a quanto sopra si applicheranno le seguenti condizioni:

- **In caso di utilizzo di convenzionamento diretto tramite strutture sanitarie convenzionate con Aon Advisory ed effettuate da medici convenzionati:**

le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate (in network) senza applicazione di alcuna franchigia.

- **In caso di regime rimborsuale:**

le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con applicazione di **uno scoperto del 20% con una franchigia minima di di € 1.500 per evento**, ad eccezione delle coperture che prevedono specifici limiti.

In caso di intervento ambulatoriale viene applicata una **franchigia relativa fissa di € 500 per evento**.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Aon Advisory ed effettuate da medici non convenzionati:**

è attivabile il regime di assistenza diretta per le spese di ricovero con la Struttura convenzionata. I rimborsi avverranno con la seguente modalità:

- alla spesa relativa al ricovero non verrà applicata nessuna franchigia
- alle spese per l'equipe medica non convenzionata verrà applicato uno scoperto del 20% con una franchigia minima di € 750

## 4.2. Parto Naturale

In caso di ricovero per Parto Naturale, l'Assicurato potrà ricevere un rimborso delle relative spese fino alla concorrenza di **Euro 5.000 per anno e nucleo**. La prestazione viene riconosciuta **sia in rete che fuori rete**.

Non verrà applicata nessuna franchigia.

## 4.3. Parto Cesareo

In caso di ricovero per Parto Cesareo, l'Assicurato potrà ricevere un rimborso delle relative spese fino alla concorrenza di **Euro 8.000 per anno e nucleo**. La prestazione viene riconosciuta sia in rete che fuori rete.

Non verrà applicata nessuna franchigia.

## 4.4. Laser/tecar terapia a scopo fisioterapico e oftalmologico, laserterapia operativa

Rimborso fino alla concorrenza di € 1.000 per anno e per Assicurato senza applicazione di franchigie. La prestazione viene riconosciuta sia in rete che fuori rete.

## 4.5 Cure Odontoiatriche, Terapie Conservative, Protesi Odontoiatriche, Ortodonzia e Prestazioni Diagnostiche di tipo Odontoiatrico e Ortodontico

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per l'applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribasamento di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche, per cure odontoiatriche e terapie conservative e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico. Sono comprese le sedute di ablazione tartaro solo se inserite in un piano di cure.

- **In caso di ricorso a strutture sanitarie convenzionate con Aon Advisory:**

le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con applicazione di uno **scoperto del 50%**, che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura convenzionata all'atto dell'emissione della fattura

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Aon Advisory (previsto solo per mancanza di struttura):**  
Nel solo caso in cui l'assistito sia domiciliato in una provincia priva di strutture convenzionate, le prestazioni erogate all'Assicurato vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 50%.  
Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la scheda anamnestica compilata dal medico curante (dentista). Nelle distinte e ricevute dovranno essere riportate in modo analitico le prestazioni effettuate e il relativo costo.
- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale:**  
i ticket verranno rimborsati al 100%.

Il **massimale** annuo per Assicurato per questa garanzia è di **Euro 2.500**

## 5. COSA NON E' COPERTO DAL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario non è operante per:

- in riferimento al punto "Cure oncologiche", la ripetizione dell'erogazione dell'indennità per ogni anno assicurativo se correlata alla stessa malattia (l'indennità verrà erogata una sola volta anche in caso di rinnovo o proroga del contratto);
- intossicazione conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- chirurgia plastica a scopo estetico, salvo quella a scopo ricostruttivo necessitata da infortunio o intervento chirurgico, nonché per i bambini che abbiano compiuto il terzo anno di età;
- agopuntura non effettuata da medico;
- infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili (non assunte a scopo terapeutico);
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
- le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici fatto salvo quanto previsto al punto "Cure odontoiatriche da infortunio";

- conseguenze dirette ed indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate da accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- tutti gli interventi e le procedure finalizzati al trattamento dell'infertilità e dell'inseminazione artificiale, compresi gli accertamenti propedeutici agli stessi;
- le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali omeopatici;
- cure ed interventi per la correzione o eliminazione di difetti fisici preesistenti;
- visite, esami ed accertamenti diagnostici eseguiti per il semplice controllo senza l'indicazione di una patologia presunta o accertata;
- i ricoveri per lunga degenza determinati da patologie croniche;
- dell'Assicurato 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;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
- 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;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le conseguenze dirette o indirette di pandemie.