



Piano Sanitario Cooperazione sociale

PROvita Benessere

ENTE DEL TERZO SETTORE

n.registro RUNTS 155598

Piano sanitario approvato dal CDA di Fondo nella seduta del 03/12/2025

www.provitabenessere.it

Indice



03
**Cos'è PROvita Benessere
e chi può beneficiare
del piano**



04
Costi e coperture
Prestazioni, rimborsi e
documentazione
Accesso ai servizi



05
Definizioni principali



06
Indennità Ricovero



07
Visite
specialistiche



08
Alta diagnostica
strumentale e alta
specializzazione



09
Ticket altri
accertamenti diagnostici,
esami del sangue
e pronto soccorso



10
Maternità



11
Fisioterapia per malattia
ed infortunio



12
Odontoiatria



13
Lenti da vista



14
Servizi di
assistenza domiciliare

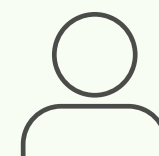


Cos'è PROvita Benessere

Il PROvita gestisce forme di assistenza sanitaria integrativa a supporto del Servizio Sanitario Nazionale, rivolgendosi principalmente alle Cooperative e ai loro lavoratori per favorire il welfare aziendale.

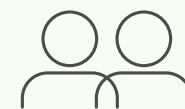
È possibile estendere la copertura anche ai familiari conviventi (coniuge, figli fino a 26 anni, inabili permanenti, altri familiari conviventi).

Chi può beneficiare del piano

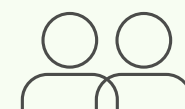


L'utente iscritto

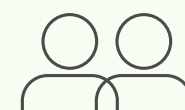
L'utente può estendere l'iscrizione al piano sanitario ai familiari conviventi, versando le eventuali quote previste per la loro copertura:



Coniuge/convivente



Figli fino a 26 anni (oltre se inabili)



Altri familiari conviventi*

*Si richiede la presentazione di un'autocertificazione attestante la convivenza anagrafica presso il medesimo indirizzo di residenza

Costi e coperture

quota individuale

€120/anno suddivisi in quote di €10/mese.

Le quote dovute saranno parametrizzate ai mesi di copertura (in caso di assunzione o cessazione in corso d'anno).

estensione familiari

costo aggiuntivo a carico dell'iscritto.

Le quote versate possono essere detratte fiscalmente fino a €3.615,20 (art. 51 TUIR)

Per maggiori informazioni sul trattamento fiscale riservato previsto dalla normativa in vigore circa gli istituti di sanità integrativa, l'ente invita i propri utenti a rivolgersi al proprio consulente fiscale.

PRESTAZIONI, RIMBORSI E DOCUMENTAZIONE

 Il piano sanitario offre all'utente la possibilità di ottenere rimborsi per diverse prestazioni sanitarie in forma indiretta, con importi variabili in base ai massimali, alle franchigie e alle percentuali di copertura. Il rimborso può essere richiesto dall'area riservata seguendo pochi passaggi.

 Le richieste devono essere inviate entro 6 mesi dalla data presente nel documento di spesa e non oltre il 31/01 dell'anno successivo a quello di competenza, cioè quello durante il quale è stata effettuata la prestazione.

 L'utente deve conservare tutta la documentazione sanitaria. Il Fondo può richiederla in qualsiasi momento.

ACCESSO AI SERVIZI

L'utente accede all'area riservata su **provita.gestionalefondi.it/AreaRiservata** usando:

 **Username: CODICE FISCALE** – sarà la username permanente dell'utente

 **Password iniziale: data di nascita (GGMMAAAAA),**
da modificare al primo accesso

Definizioni principali

- Utente:** iscritto al Fondo, con diritto a rimborsi e/o prestazioni sanitarie a tariffe agevolate.
- Regime diretto:** prestazioni presso strutture convenzionate con spesa coperta totalmente o parzialmente dal Fondo.
- Presa in carico (PIC):** autorizzazione necessaria per accedere alle strutture convenzionate.
- Prescrizione:** documento del medico (MMG o specialista) con indicazioni su visite/esami.
- Impegnativa:** prescrizione rilasciata dal SSN (es. "ricetta rossa").
- Franchigia:** quota fissa a carico dell'utente per ogni prestazione rimborsata.
- Massimale:** importo massimo rimborsabile per singola prestazione, anno o gruppo di prestazioni (indicato specificatamente per ogni prestazione).
- Documenti sanitari:** includono fatture, cartelle cliniche, certificati di ricovero, referti, ecc.
- PAP (Piano Assistenziale Personalizzato):** redatto insieme a professionisti per bisogni sociosanitari.

Informazioni

info@provitabenessere.it

Sito web

www.provitabenessere.it

Area riservata

[provita.gestionalefondi.it/Area Riservata](http://provita.gestionalefondi.it/AreaRiservata)

CONTATTI



1
REGIME SSN - PRIVATO

Indennità ricovero

 Massimale annuo € **6.700,00**

Documenti obbligatori

In caso di degenza: certificato di degenza timbrato e firmato, con date di ricovero e dimissione.

In caso di Day Hospital: certificato di ricovero in day hospital.

Dettagli sul rimborso

È possibile richiedere il rimborso **più volte l'anno**, per entrambe le situazioni, fino al raggiungimento del massimale previsto.

1.a Indennità in caso di degenza per grandi interventi

GIORNI DI DEGENZA	PER OGNI GIORNO DI RICOVERO
dal 1° al 20° giorno	45 € al giorno

RICORDA: Non è prevista alcuna indennità per i giorni di degenza oltre il 20° giorno.

1.b Indennità in caso di degenza per interventi ordinari

GIORNI DI DEGENZA	PER OGNI GIORNO DI RICOVERO
dal 1° al 7° giorno	30 € al giorno

RICORDA: Non è prevista alcuna indennità per i giorni di degenza oltre il 7° giorno.

1.c Indennità per day hospital

In caso di ricovero in regime di day hospital, è previsto un rimborso forfettario secondo gli importi indicati di seguito.

GIORNI DI DEGENZA	PER OGNI GIORNO DI RICOVERO
1 giorno	80 € al giorno

*RICORDA: La diaria in caso di day hospital comprende anche i **Day Surgery**, ma **non copre le prestazioni ambulatoriali**.*

2

REGIME SSN - PRIVATO

Visite specialistiche

 Massimale annuo € 650,00

Documenti obbligatori

Prescrizione medica del medico di base o dello specialista con quesito diagnostico chiaro (non sono ammessi termini generici come “Check-up”, “Controllo”, “Routine”, “Dolore”). Non sono ammesse, prescrizioni post-datate al documento di spesa.

Documento di spesa (ticket o fattura)

Se il documento di spesa non specifica la prestazione, è necessario allegare la prenotazione o altro documento che la attesti.

Dettagli sul rimborso

Massimo **4 visite** per tipologia di visita all’anno

Rimborso **fino a € 100** per ciascun documento di spesa, detratta la franchigia, dove prevista

Se **la visita specialistica e la prestazione diagnostica** sono **incluse nella stessa fattura**, il rimborso sarà unico e considerato come visita specialistica.

2.a

Servizio sanitario nazionale

RIMBORSO TICKET SSN	100%
----------------------------	-------------

RICORDA: La data dell’impegnativa del medico curante o la prescrizione dello specialista complete di quesito diagnostico non possono avere data anteriore a più di 12 mesi dalla data della prestazione per la quale si richiede il rimborso.

2.b

Centri PRIVATI

RIMBORSO CENTRI PRIVATI	COSTO PRESTAZIONE - € 30,00 (FRANCHIGIA) 80%
--------------------------------	---

RICORDA: La data dell’impegnativa del medico curante o la prescrizione dello specialista complete di quesito diagnostico non possono avere data anteriore a più di 4 mesi dalla data della prestazione per la quale si richiede il rimborso.

Scopri il dettaglio completo delle prestazioni accedendo al nomenclatore nella tua Area Riservata

3

REGIME SSN - PRIVATO

Alta diagnostica strumentale Alta specializzazione

 Massimale annuo € 5.800,00

Documenti obbligatori

Prescrizione medica del medico di base o dello specialista con quesito diagnostico chiaro (non sono ammessi termini generici come "Check-up", "Controllo", "Routine", "Dolore"). Non sono ammesse, prescrizioni post-datate al documento di spesa.

Documento di spesa (ticket o fattura)

Se il documento di spesa non specifica la prestazione, è necessario allegare la prenotazione o altro documento che la attesti.

Dettagli sul rimborso

Massimo **4 prestazioni** per tipologia di visita all'anno

Rimborso **fino a € 100** per ciascun documento di spesa, detratta la franchigia, dove prevista

Se **la prestazione diagnostica e la visita specialistica** sono **incluse nella stessa fattura**, il rimborso sarà unico e considerato come visita specialistica.

3.a Servizio sanitario nazionale

RIMBORSO TICKET SSN

100%

RICORDA: La data dell'impegnativa del medico curante o la prescrizione dello specialista complete di quesito diagnostico non possono avere data anteriore a più di 12 mesi dalla data della prestazione per la quale si richiede il rimborso.

3.b Centri PRIVATI

**RIMBORSO
CENTRI PRIVATI**

**COSTO PRESTAZIONE - € 30,00
(FRANCHIGIA)
70%**

RICORDA: La data dell'impegnativa del medico curante o la prescrizione dello specialista complete di quesito diagnostico non possono avere data anteriore a più di 4 mesi dalla data della prestazione per la quale si richiede il rimborso.

Scopri il dettaglio completo delle prestazioni accedendo al nomenclatore nella tua Area Riservata



4

REGIME SSN

Ticket altri accertamenti diagnostici Esami del sangue Pronto soccorso

Massimale annuo € 500,00

Documenti obbligatori

Accertamenti diagnostici minori ed esami del sangue

- Prescrizione medica del medico di base o dello specialista con quesito diagnostico preciso — NON sono accettate diciture generiche come “Check-up”, “Controllo”, “Dolore”, “Routine”. Non sono ammesse, prescrizioni post-datate al documento di spesa.
- Ticket.

Pronto soccorso

- Certificato di dimissione dal pronto soccorso
- Ticket

Dettagli sul rimborso

Massimo **2 ticket** per tipo di accertamento diagnostico all’anno.
Massimo **2 ticket** per esami di laboratorio all’anno (sangue, urine, feci).
Massimo **2 ticket** per Pronto Soccorso all’anno.

4.a Altri accertamenti diagnostici (ticket)

Comprendono le prestazioni NON incluse nell’alta diagnostica strumentale o alta specializzazione (3).

RIMBORSO TICKET SSN	100%
---------------------	------

RICORDA: La data dell’impegnativa del medico curante o la prescrizione dello specialista complete di quesito diagnostico non possono avere data anteriore a più di 12 mesi dalla data della prestazione per la quale si richiede il rimborso.

4.b Esami del sangue

Il rimborso è previsto per esami del sangue, delle urine e delle feci secondo le percentuali indicate di seguito:

RIMBORSO TICKET SSN	100%
---------------------	------

RICORDA: La data dell’impegnativa del medico curante o la prescrizione dello specialista complete di quesito diagnostico non possono avere data anteriore a più di 12 mesi dalla data della prestazione per la quale si richiede il rimborso.

4.c Pronto Soccorso (ticket)

Le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici effettuati durante l’accesso al Pronto Soccorso vengono rimborsati secondo la percentuale di seguito riportata:

RIMBORSO TICKET SSN	100%
---------------------	------

Sono ESCLUSI dal rimborso: gli accessi con **codice bianco**, salvo siano associati a visite o accertamenti diagnostici. I ticket per esami di laboratorio (sangue, urine, feci).



Maternità

Ecografie Ostetriche Visite Ginecologiche e Ostetriche Esami del Sangue Test DNA Fetale/Genetici

 **Massimale annuo € 850,00**

Documenti obbligatori

Certificato di gravidanza con la data presunta del parto.

Documento di spesa (ticket o fattura)

Se il documento di spesa non specifica la prestazione, è necessario allegare la prenotazione o altro documento che la attesti.

Dettagli sul rimborso

Rimborso fino a **€ 200** per ciascun documento di spesa, detratta la franchigia, dove prevista

5.a Servizio sanitario nazionale

RIMBORSO TICKET SSN	100%
----------------------------	-------------

5.b Centri PRIVATI

RIMBORSO CENTRI PRIVATI	COSTO PRESTAZIONE - € 30,00 (FRANCHIGIA) 50%
--------------------------------	---

5.c INTRAMOENIA

INTRAMOENIA	COSTO PRESTAZIONE - € 30,00 (FRANCHIGIA) 60%
--------------------	---

6

REGIME SSN - PRIVATO

Fisioterapia per malattia ed infortunio

Massimale annuo € **600,00**

Documenti obbligatori

Documento attestante il ricovero per intervento;

Certificato di Pronto Soccorso;

Prescrizione medica che indichi un periodo di **riposo di almeno 5 giorni consecutivi**;

Impegnativa del medico curante oppure prescrizione dello specialista;

Documento di spesa (ticket o fattura).

Dettagli sul rimborso

Ciascuna seduta è rimborsabile fino a un **importo massimo di €75,00**.

L'eventuale certificato di pronto soccorso deve essere datato **non oltre i 3 mesi precedenti** la prestazione effettuata.

L'eventuale prescrizione medica deve riportare una data **non antecedente a 4 mesi** rispetto alla prestazione fruita.

PROvita rimborsa le prestazioni di riabilitazione fisioterapica, anche se effettuate con ausili elettromedicali, infiltrazioni o ultrasuoni.

Il rimborso è previsto nei seguenti casi:

Post-intervento chirurgico (avvenuto entro i 12 mesi precedenti): è necessario un certificato di ricovero o degenza di almeno 3 giorni.

Infortunio con accesso al Pronto Soccorso: è richiesto il verbale del Pronto Soccorso con prescrizione di almeno 5 giorni di riposo, oppure prescrizione del medico curante riferita allo stesso evento.

6.a

Servizio sanitario nazionale

RIMBORSO TICKET SSN	100%
----------------------------	-------------

6.b

Centri PRIVATI

RIMBORSO CENTRI PRIVATI	100%
--------------------------------	-------------

Scopri il dettaglio completo delle prestazioni accedendo al nomenclatore nella tua Area Riservata

7

REGIME SSN - PRIVATO

Odontoiatria

Massimale annuo € 1.485,00

Documenti obbligatori

Documento di spesa (ticket o fattura)

Se il documento di spesa non specifica la prestazione, è necessario allegare la prenotazione o altro documento che la attesti.

Piano di cura con specifica dei costi associati a ogni prestazione riportata in fattura.

Dettagli sul rimborso

Pulizia dei denti: rimborsabile **1 sola volta all'anno**.

Otturazioni ed estrazioni: rimborsabili fino a un massimo di **2 interventi l'anno**.

Impianti osteointegrati: rimborsabile **2 intervento all'anno**.

Devitalizzazione: rimborsabile **1 intervento all'anno**.

7.a

Pulizia denti

È rimborsabile un'igiene dentale con visita odontoiatrica l'anno fino ad un massimo di **€ 80,00**.

7.b

Otturazioni

Sono rimborsabili **massimo 2 interventi l'anno**. Ciascuna otturazione è rimborsabile fino a un massimo di **€ 50,00 l'anno**.

Il seguente rimborso è previsto per otturazioni di qualsiasi classe.

7.c

Estrazioni

Sono rimborsabili **massimo 2 interventi l'anno**. Ciascuna estrazione è rimborsabile fino a un massimo di **€ 50,00 l'anno**. Il seguente rimborso è previsto per estrazioni di qualsiasi tipo, semplice o complessa.

7.d

Impianto osteointegrato

Sono rimborsabili **massimo 2 interventi** fino a un massimale complessivo di **€ 455,00 l'anno**.

7.e

Devitalizzazione

È rimborsabile **una devitalizzazione l'anno** fino a un massimo di **€ 50,00**.



Odontoiatria

 Massimale annuo € 1.485,00

Documenti obbligatori

Documento di spesa (ticket o fattura)

Se il documento di spesa non specifica la prestazione, è necessario allegare la prenotazione o altro documento che la attesti.

Piano di cura con specifica dei costi associati a ogni prestazione riportata in fattura.

Dettagli sul rimborso

- Pulizia dei denti: rimborsabile **1 sola volta all’anno**.
- Otturazioni ed estrazioni: rimborsabili fino a un massimo di **2 interventi l’anno**.
- Impianti osteointegrati: rimborsabile **2 intervento all’anno**.
- Devitalizzazione: rimborsabile **1 intervento all’anno**.

7.f Infortunio

Necessario certificato di Pronto Soccorso che attesti l’infortunio. Il rimborso è concesso **una sola volta l’anno** e secondo le condizioni indicate.

RIMBORSO TICKET SSN	100%
RIMBORSO CENTRI PRIVATI	50%

7.g Prestazioni eseguite tramite Servizio sanitario nazionale

RIMBORSO TICKET SSN	100%
---------------------	------

8

REGIME PRIVATO

Lenti da vista

 Massimale annuo € 50,00
(ogni 24 mesi)

Documenti obbligatori

Prescrizione medica del medico di base o dello specialista completa di **quesito diagnostico “Cambio visus”**. Non sono ammesse, prescrizioni post-datate al documento di spesa.

Documento d’acquisto con il dettaglio di costo relativo alle lenti.

Dettagli sul rimborso

Il rimborso è subordinato alla variazione del visus (miglioramento o peggioramento) rispetto a una misurazione precedente.

La variazione deve essere certificata dal referto del professionista che ha effettuato la visita e non può essere datato oltre 60 giorni prima della data del documento di acquisto.

Il rimborso delle lenti è previsto secondo il massimale di seguito indicato:

8.a Rimborso Lenti da vista

**FATTURA
REGIME PRIVATO**

**MAX 50,00 €
OGNI 2 ANNI**

La prestazione è rimborsabile una sola volta ogni 24 mesi. Non è previsto rimborso per la montatura; il costo delle lenti (per occhiali o a contatto) deve risultare in fattura separata da eventuali altri costi.

9
REGIME SSN - PRIVATO

Servizi di assistenza domiciliare

 Massimale annuo € 3.000,00

Documenti obbligatori

Assistenza sanitaria: certificato di ricovero o verbale del Pronto Soccorso e impegnativa del medico curante.

Assistenza socio-sanitaria: certificato di ricovero e Piano Assistenziale Individualizzato (P.A.I.).

Dettagli sul rimborso

Il rimborso è previsto 1 sola volta l’anno per entrambe le tipologie di assistenza.

9.a Assistenza sanitaria a domicilio:

In caso di ricovero con intervento chirurgico o infortunio documentato da certificazione del Pronto Soccorso, PROvita, quando previsto, provvede al rimborso delle spese sostenute per:

Trattamenti terapeutici | Visite specialistiche | Medicazioni e prelievi

RIMBORSO TICKET SSN	100%
RIMBORSO FATTURA PRIVATO	55%

9.b Assistenza socio-sanitaria a domicilio:

In caso di ricovero con intervento chirurgico o infortunio certificato dal Pronto Soccorso, PROvita, se previsto, rimborsa le spese relative alle prestazioni indicate nel Piano Assistenziale Individualizzato (PAI):

Terapie riabilitative | Prestazioni di assistenza | Medicazioni minori

RIMBORSO TICKET SSN	100%
RIMBORSO FATTURA PRIVATO	55%



Informazioni

info@provitabenessere.it

Sito web

www.provitabenessere.it

Area riservata

[provita.gestionalefondi.it/Area
Riservata](http://provita.gestionalefondi.it/AreaRiservata)

CONTATTI