

REGOLAMENTO

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativo al Servizio Sanitario Nazionale per i dipendenti dell'industria settore energia – FASIE

INDICE

TITOLO I - LA FONTE ISTITUTIVA

Articolo 1 – Oggetto del Regolamento

TITOLO II - ASSOCIAZIONE A FASIE

Articolo 2 – Destinatari del Fondo

Articolo 3 – Modalità di iscrizione

Articolo 4 – Modalità di iscrizione dei familiari/conviventi

Articolo 5 – Cessazione della partecipazione al Fondo

Articolo 6 – Modalità di reiscrizione al Fondo

Articolo 7 – Prosecuzione volontaria dell'associazione

TITOLO III – CONTRIBUTUZIONI

Articolo 8 – Contribuzione

Articolo 9 – Omissioni contributive e ritardati versamenti

TITOLO IV – PRESTAZIONI E MODALITA' DI RIMBORSO

Articolo 10 – Prestazioni rimborsabili

Articolo 11 – Esclusioni

Articolo 12 – Erogazioni in forma diretta

Articolo 13 – Erogazioni in forma indiretta

Articolo 14 – Modalità di rimborso delle prestazioni erogate in forma diretta

Articolo 15 – Modalità di rimborso delle prestazioni erogate in forma indiretta

Articolo 16 – Accertamenti amministrativi

Articolo 17 – Consulenti sanitari

Articolo 18 – Invalidità permanente da Malattia

TITOLO V - NORME FINALI

Articolo 19 – Ricorsi

Articolo 20 – Privacy e tutela dei dati personali e sensibili

Articolo 21 – Decorrenza

TITOLO I - LA FONTE ISTITUTIVA

Articolo 1 – Oggetto del Regolamento

1. Il presente Regolamento disciplina il funzionamento del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativo al Servizio Sanitario Nazionale per i dipendenti dell'industria settore energia, per brevità denominato FASIE, di seguito definito anche il Fondo, costituito in attuazione dell' accordo sindacale del 19 Dicembre 2007, stipulato tra ASIEP (oggi Confindustria Energia) e le OO.SS.LL. FEMCA CISL, FILCEM CGIL, UILCEM UIL.
2. Il Regolamento è adottato ai sensi dell'art. 21 dello Statuto del Fondo.
3. Nel caso di morte per malattia dei dipendenti in servizio ai quali si applica il Contratto Energia e Petrolio, indipendentemente dalla loro condizione di associati, il Fondo eroga in favore dei beneficiari un importo, secondo quanto espressamente previsto dall'Accordo sindacale di cui al primo comma.

TITOLO II - ASSOCIAZIONE A FASIE

Articolo 2 – Destinatari del Fondo

1. Possono essere iscritti al FASIE:

- tutti i lavoratori e loro familiari a cui si applica il C.C.N.L. Energia e Petrolio, assunti con contratto a tempo indeterminato e determinato con durata non inferiore ad un anno e quelli in forza all'estero in aspettativa,
 - tutti i pensionati ed i loro familiari semprechè gli stessi (lavoratore e familiari) risultino iscritti all'atto del pensionamento;
 - tutti i dipendenti e loro familiari delle organizzazioni firmatarie il C.C.N.L. FEMCA-CISL, FILCEM-CGIL, UILCEM –UIL;
 - il coniuge superstite ed eventuali familiari iscritti potranno proseguire l'iscrizione al FASIE per gli anni successivi, mantenendo le garanzie previste per i familiari, provvedendo integralmente al pagamento delle quote previste. Al momento del raggiungimento del pensionamento o dell'età pensionabile, le quote saranno adeguate a quelle previste per il pensionato.
2. **I dipendenti ed i pensionati non possono essere iscritti quali familiari di altro dipendente.**

3. L'iscrizione al FASIE impegna ai versamenti per l'intero anno e si intende tacitamente rinnovata di anno in anno.

4. L'iscrizione al FASIE può mantenersi per l'intero arco della vita:

5. **Familiari:**

- il coniuge
- i figli a carico (tutti)
- il coniuge e i figli a carico (tutti)

6. Per **figli a carico** si intendono:

- a) i figli di età inferiore ai 18 anni;
- b) i figli di età inferiore ai 21 anni che frequentino una scuola media superiore o altro corso di studio assimilabile alla durata del corso medesimo;
- c) i figli di età inferiore ai 26 anni che frequentino l'università od altro corso di studio assimilabile alla durata del corso legale;
- d) i figli senza alcun limite di età, che si trovino per grave infermità mentale nell'assoluta permanente impossibilità di svolgere un proficuo lavoro.

Per figlio si intende anche:

- figli naturali legalmente riconosciuti;
- figli nati nel precedente matrimonio del coniuge;

- minori legalmente affidati o adottati;

7. I figli a carico non possono essere iscritti parzialmente.

8. Familiare convivente:

I genitori, i fratelli del dipendente e del coniuge, i figli non a carico e il/la convivente (more uxorio) dell'iscritto, purché conviventi (al riguardo è necessaria autocertificazione da parte dell'iscritto).

9. Nucleo familiare:

- il coniuge
- i figli a carico come sopra definiti.

10. Potrà inoltre mantenersi l'iscrizione per il coniuge separato o divorziato per il quale l'iscritto provveda al mantenimento. L'iscritto dovrà autocertificare le condizioni suddette, impegnandosi a comunicare le variazioni successive.

11. I benefici ai familiari e conviventi possono essere mantenuti sempreché risulti iscritto il dipendente.

Articolo 3 - Modalità di iscrizione

1. L'adesione dei dipendenti e, qualora previsto dall'opzione prescelta, del loro nucleo familiare è volontaria ed avviene mediante compilazione di apposito modulo predisposto dal Fondo per l'iscrizione e per la scelta dell'opzione sanitaria. Il dipendente provvederà a consegnarlo debitamente compilato e sottoscritto al proprio datore di lavoro che ne curerà la trasmissione al Fondo. Per i nuovi assunti, l'Azienda di appartenenza consegna loro all'atto dell'assunzione il modulo per l'adesione e la scelta dell'opzione; l'azienda cura il ritiro del modulo e lo trasmette al Fasie entro 60 giorni dall'assunzione.

E' prevista una quota associativa annua determinata annualmente dal Consiglio di Amministrazione del Fondo; la quota è compresa nei costi previsti per l'opzione sanitaria prescelta. Con riferimento alla quota relativa ai lavoratori iscritti, la stessa sarà destinata alle OO.SS.LL. di categoria a parziale copertura del servizio di gestione ed assistenza dei lavoratori; le OO.SS.LL. FEMCA CISL, FILCEM CGIL e UILCEM UIL firmatarie dell'accordo istitutivo del Fondo restituiranno ai propri iscritti l'intera quota di iscrizione al Fasie.

2. Con riferimento alle opzioni che prevedono l'iscrizione del nucleo familiare (come statutariamente definito), anche automatica, il dipendente deve altresì trasmettere al Fondo all'atto dell'iscrizione specifica dichiarazione di responsabilità sottoscritta dal dipendente stesso attestante la composizione del proprio nucleo familiare e l'esistenza dei requisiti previsti statutariamente e dal presente Regolamento per la loro iscrizione. In caso di variazione in corso d'anno dei requisiti per il mantenimento dell'associazione al Fondo del nucleo familiare, il dipendente dovrà informare tempestivamente il Fondo.

Il Fondo si riserva la facoltà di effettuare, in qualunque momento, controlli chiedendo all'assistito idonea certificazione; nel caso in cui l'assistito non riscontri la richiesta del Fondo, il familiare interessato decade dal diritto all'assistenza sanitaria ed il dipendente può incorrere nelle ulteriori conseguenze collegate all'indebito comportamento tenuto, tra le quali l'esclusione dal Fondo.

3. Le iscrizioni decorrono:

- dal 1° luglio per le adesioni pervenute entro il 30 aprile;
- dal 1° gennaio per le adesioni pervenute entro il 31 ottobre.

Tali decorrenze varranno anche per l'iscrizione del nucleo familiare.

4. L'opzione potrà essere eventualmente variata decorsi tre anni dalla precedente scelta; a tal fine, l'assistito dovrà utilizzare l'apposito modulo predisposto dal Fondo e consegnarlo alla propria azienda di appartenenza che ne curerà la trasmissione al Fondo entro il 15/11 di ogni anno. La nuova opzione decorrerà dal 1° gennaio dell'anno successivo. In caso di

mancato rispetto del predetto termine, la richiesta si considererà come se fosse stata avanzata l'anno successivo. Il pensionato potrà modificare la propria opzione sanitaria decorsi tre anni dalla precedente scelta; nel caso in cui la precedente scelta non prevedesse l'iscrizione esplicita dei familiari, non sarà possibile per il pensionato iscriverne, pur prevedendolo la nuova opzione individuata, i propri familiari.

5. In deroga a quanto previsto dal precedente comma 3, con riferimento alle opzioni che prevedono l'inclusione automatica del nucleo familiare, in caso di celebrazione di matrimonio, di nascita/adozione di un figlio, di affiliazione, di riconoscimento di figli naturali, con riferimento al dipendente già aderente al Fondo l'evento deve essere tempestivamente e comunque non oltre 30 giorni dall'evento comunicato al Fondo mediante compilazione di apposito modulo ed alla società di appartenenza. Se l'evento non è comunicato entro il predetto termine, si applicano le decorrenze dell'adesione di cui al precedente comma 3 prendendo a riferimento la data di comunicazione dell'evento.

6. Gli appartenenti al nucleo che nel corso dell'anno acquisiscono la qualità di dipendente, a cui si applica il CCNL Energia e Petrolio, manterranno fino al 31 dicembre la qualifica di appartenente al nucleo familiare e dal 1° gennaio successivo quella di dipendente conservando la prima data di iscrizione al Fasie.

7. L'iscrizione al Fasie può mantenersi per l'intero arco della vita. Il nucleo familiare cesserà dall'essere assicurato a partire dal momento in cui il dipendente/pensionato esca dal Fondo.

8. L'iscrizione al Fasie impegna ai versamenti contributivi per l'intero anno solare in corso e si intende tacitamente rinnovata di anno in anno.

9. L'iscrizione al Fondo presuppone la conoscenza e l'accettazione delle norme dello Statuto e del Regolamento nonché delle loro eventuali successive modifiche, che il Fondo provvederà a comunicare.

Articolo 4 – Modalità di iscrizione dei familiari/conviventi

1. Il dipendente può iscriverne i propri familiari/conviventi, con riferimento alle opzioni sanitarie che lo prevedano:

a) all'atto della propria adesione;

b) in un tempo successivo alla propria richiesta di adesione

2. L'iscrizione dei familiari avviene mediante compilazione di apposito modulo predisposto dal Fondo. Il dipendente provvederà a consegnarlo debitamente compilato e sottoscritto al proprio datore di lavoro che ne curerà la trasmissione al Fondo.

Per i nuovi assunti l'Azienda consegnerà all'atto dell'assunzione il modulo per l'adesione e la scelta dell'opzione. L'azienda curerà il ritiro e l'inoltro al Fasie entro 60 giorni dall'assunzione.

Il dipendente non può iscriverne parzialmente i propri figli a carico, come statutariamente definiti; l'iscrizione di uno di essi implica pertanto l'obbligatorietà di adesione di tutti gli altri.

E' prevista una quota associativa annua determinata annualmente dal Consiglio di Amministrazione del Fondo; la quota è compresa nei costi previsti per l'opzione sanitaria prescelta.

3. Il dipendente deve trasmettere al Fondo all'atto dell'iscrizione del proprio familiare/familiare convivente specifica dichiarazione di responsabilità sottoscritta dal dipendente stesso relativa all'esistenza dei requisiti previsti statutariamente e dal presente Regolamento per la loro iscrizione. In caso di variazione in corso d'anno dei requisiti per il mantenimento dell'associazione al Fondo del familiare, il dipendente/pensionato dovrà informare tempestivamente il Fondo e, solo nel caso di dipendente, la società di appartenenza.

Il Fondo si riserva la facoltà di effettuare, in qualunque momento, controlli chiedendo all'assistito idonea certificazione; nel caso in cui l'assistito non riscontri la richiesta del Fondo, il familiare interessato decade dal diritto all'assistenza sanitaria ed il dipendente può incorrere nelle ulteriori conseguenze collegate all'indebito comportamento tenuto, tra le quali l'esclusione dal Fondo.

4. Le iscrizioni decorrono:

- dal 1° luglio per le adesioni pervenute entro il 30 aprile;
- dal 1° gennaio per le adesioni pervenute entro il 31 ottobre.

5. Qualora siano già iscritti figli del dipendente, in caso di nascita di figli, di adozione, affiliazione o riconoscimento di figli naturali, l'iscrizione è obbligatoria e l'evento deve essere comunicato al Fondo mediante compilazione del modulo di iscrizione entro i termini e con le decorrenze di cui al precedente comma 4.

6. L'iscrizione al Fasie può mantenersi per l'intero arco della vita. I familiari/conviventi cesseranno dall'essere assicurati a partire dal momento in cui il dipendente/pensionato esca dal Fondo o cessi di versare la contribuzione a suo totale carico per la copertura del familiare.

7. L'iscrizione dei familiari/conviventi al Fasie impegna il dipendente ai versamenti contributivi per l'intero anno solare in corso e si intende tacitamente rinnovata di anno in anno.

8. L'iscrizione dei familiari/conviventi al Fondo presuppone la conoscenza e l'accettazione da parte del dipendente e dei familiari/conviventi stessi delle norme dello Statuto e del Regolamento nonché delle loro eventuali successive modifiche, che il Fondo provvederà a comunicare.

Articolo 5 – Cessazione della partecipazione al Fondo

1. Nei casi statutariamente previsti di cessazione della partecipazione al Fondo del dipendente, l'uscita del dipendente aderente deve essere comunicata per iscritto al Fondo e contestualmente all'azienda di appartenenza.

2. Nei casi statutariamente previsti di cessazione della partecipazione al Fondo del pensionato, l'uscita del pensionato aderente deve essere comunicata per iscritto al Fondo.

3. In caso di rinuncia volontaria alla partecipazione al Fondo da parte del dipendente, l'assistito deve compilare l'apposito modulo e consegnarlo debitamente compilato e sottoscritto al proprio datore di lavoro che ne curerà la trasmissione al Fondo entro e non oltre il 15 dicembre dell'anno in corso al momento della rinuncia.

4. In caso di rinuncia volontaria alla partecipazione al Fondo da parte del pensionato, l'assistito deve compilare l'apposito modulo e trasmetterlo a Fasie entro e non oltre il 15 dicembre dell'anno in corso al momento della rinuncia.

5. L'uscita dal Fondo del dipendente/pensionato iscritto comporta l'uscita automatica del nucleo familiare o dei familiari/conviventi iscritti. Resta ferma la possibilità dell'iscritto di richiedere l'uscita dal Fondo del solo nucleo familiare.

6. L'obbligo contributivo ed il diritto alle prestazioni persistono sino alla fine dell'anno solare in corso al momento della cessazione. Sono rimborsate le prestazioni per le quali siano esibite ricevute/fatture riportanti data di emissione non posteriore al 31 Dicembre dell'anno in corso al momento dell'esercizio della cessazione.

7. Nell'ipotesi in cui il Consiglio di Amministrazione del Fondo disponga l'immediata esclusione dell'iscritto dal Fondo per accertamento di comportamenti dolosi, il provvedimento di esclusione dovrà essere notificato mediante lettera raccomandata AR all'assistito, il quale potrà impugnare la delibera, innanzi al Collegio dei Probiviri, entro 30 giorni dal ricevimento della stessa. In caso di esclusione dal Fondo, non è più ammessa la reinscrizione al Fasie.

Articolo 6– Modalità di reinscrizione al Fondo

1. Il dipendente che, ai sensi di quanto previsto dallo Statuto, abbia facoltà di reinscrivere al Fasie, deve utilizzare il modulo di iscrizione predisposto dal Fondo. La facoltà di reinscrizione può essere esercitata anche con riferimento al/ai proprio/i nucleo familiare/familiari/conviventi. La reinscrizione è concessa per una sola volta.
2. In caso di reinscrizione, il dipendente, il nucleo familiare, i familiari, i familiari conviventi, fermo restando l'obbligo contributivo in capo al dipendente dal mese di decorrenza della nuova iscrizione, avranno diritto alle prestazioni del Fondo trascorsi 12 mesi dallo stesso, salvo che per ricoveri determinati da infortunio e ricoveri per Grandi Interventi.
3. In caso di reinscrizione al Fasie le carenze e quanto previsto all'Articolo 11 ai punti a) e b) delle "Esclusioni" decorreranno ex novo.
4. Nel caso di uscita dal Fondo, il pensionato non potrà più reinscrivere al Fasie.

Articolo 7– Prosecuzione volontaria dell'associazione

1. Il diritto alla prosecuzione volontaria dell'associazione al Fasie deve essere esercitato mediante compilazione e sottoscrizione dell'apposito modulo predisposto dal Fondo. Il prosecutore volontario ha la facoltà di mantenere anche l'iscrizione dei componenti del suo nucleo familiare o dei suoi familiari/conviventi. Con riferimento al pensionato ed al coniuge superstite che proseguano la partecipazione al Fondo, sarà possibile mantenere l'iscrizione a Fasie dei soli familiari/familiari conviventi/componenti del nucleo familiare (quest'ultimo solo per il coniuge superstite e per le opzioni sanitarie che prevedono la copertura automatica del nucleo familiare per alcune prestazioni) che risultavano essere già iscritti al Fondo rispettivamente al momento del pensionamento o del decesso. Con riferimento alle opzioni che prevedono l'iscrizione del nucleo familiare, la prosecuzione volontaria si estende al nucleo familiare, anche con riferimento a soggetti diversi dalla composizione dello stesso esistente al momento del pensionamento o del decesso, purché naturalmente identificabili secondo la nozione statutaria di appartenenti al nucleo.
2. La continuità della copertura è garantita fino alla fine dell'anno solare nel corso del quale si verifica l'evento da cui deriva il venir meno della partecipazione al Fasie; in tutti i casi di aspettativa (estero - maternità - incarichi sociali - motivi personali ecc.), per i quali le procedure amministrative Aziendali non assicurano la riscossione di quanto dovuto, sarà effettuata una trattenuta in un'unica soluzione delle mensilità residue con l'ultimo cedolino stipendio. Le norme sopra indicate non si applicano nei casi di aspettativa per i quali le procedure amministrative Aziendali assicurano la riscossione di quanto dovuto.
3. La prosecuzione volontaria dovrà essere richiesta entro il 1° dicembre successivo alla data in cui si sono verificati gli eventi indicati al primo comma, con effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo. Nel caso in cui gli eventi indicati abbiano luogo nel mese di dicembre, la prosecuzione volontaria dovrà essere richiesta contestualmente con il verificarsi degli stessi e, comunque, entro e non oltre il 31 dicembre. I lavoratori in aspettativa di cui al comma precedente che non abbiano optato per la prosecuzione volontaria possono reinscrivere al Fasie al loro rientro con decorrenza dal 1° Gennaio dell'anno finanziario successivo, ferma rimanendo l'applicazione delle previsioni di cui all'articolo 6.
4. Con riferimento ai dipendenti iscritti a Fasie che risolvano consensualmente il proprio rapporto di lavoro senza che ricorrano le casistiche del pensionamento né della mobilità finalizzata al pensionamento, e per i quali manchino al massimo 42 mesi all'accesso alla pensione, è data facoltà di proseguire volontariamente la partecipazione al Fondo, anche con riferimento ai propri familiari iscritti al momento della cessazione del rapporto di lavoro, con applicazione delle disposizioni previste per la partecipazione a Fasie dei

pensionati. La prosecuzione volontaria dovrà essere richiesta entro il 1° dicembre successivo alla data in cui è risolto il rapporto di lavoro, con effetto dal primo gennaio dell'anno successivo. Nel caso in cui la risoluzione abbia avuto luogo nel mese di dicembre, la prosecuzione volontaria dovrà essere richiesta contestualmente con il verificarsi della stessa e, comunque, entro e non oltre il 31 dicembre. La richiesta di prosecuzione volontaria dovrà essere presentata unitamente a:

- dichiarazione di responsabilità del richiedente attestante la decorrenza prevista per il proprio accesso alla pensione, ivi computando anche l'eventuale periodo necessario per il raggiungimento della "finestra", avuto riguardo alla normativa vigente al momento della risoluzione del rapporto di lavoro;
- copia della prima quietanza di pagamento dei contributi all'INPS.

A conclusione dei suddetti 42 mesi, solo nel caso in cui l'iscritto acceda contestualmente alla pensione, o comunque nel momento in cui tale condizione venga a verificarsi precedentemente a tale termine, si intende che il rapporto dell'iscritto con il Fondo prosegua in qualità di "Pensionato".

In rapporto a quanto sopra definito, l'iscritto è tenuto a comunicare ed attestare tempestivamente a Fasie il verificarsi del proprio pensionamento, al fine di consentire la corretta gestione della sua posizione nel Fondo. L'assenza di tale comunicazione, da parte dell'iscritto, entro il suddetto termine di 42 mesi dalla conclusione del rapporto di lavoro equivale a rinuncia volontaria, comportando l'uscita dal Fondo dell'iscritto e dei suoi familiari.

5. Nel caso di prosecuzione volontaria del coniuge superstite ed eventuali familiari/conviventi iscritti del dipendente/pensionato iscritto, è il coniuge a provvedere agli adempimenti amministrativi di cui ai precedenti commi, applicando le quote contributive previste per il nucleo familiare/familiari/familiari conviventi dall'opzione sanitaria di riferimento.

6. Con riferimento alla prosecuzione volontaria del coniuge superstite del dipendente, al momento del raggiungimento del pensionamento o dell'età pensionabile (vecchiaia), le quote, anche quelle relative ai componenti del nucleo familiare, ai familiari/familiari conviventi iscritti, sono adeguate a quelle previste per l'aderente pensionato.

7. Alla richiesta di prosecuzione volontaria dovrà essere allegata la copia del bonifico di versamento dei contributi, da effettuarsi secondo le modalità di cui al successivo Articolo 8, comma 2.

TITOLO III – CONTRIBUTZIONI

Articolo 8 – Contribuzione

1. Con riferimento ai dipendenti, il versamento dei contributi sarà effettuato dalle società di appartenenza in quote di un dodicesimo delle misure di contribuzione. Il versamento comprenderà la quota a carico del dipendente associato, nonché il contributo per i soggetti del relativo nucleo familiare/familiari/conviventi iscritti, nel caso di iscrizione di questi ultimi al Fondo.

La quota a carico del dipendente iscritto è trattenuta mensilmente a far data dal mese di iscrizione sullo stipendio da parte delle aziende di appartenenza, secondo il regime fiscale e contributivo vigente, e versata dalle società stesse al Fasie entro il giorno 16 del mese successivo. E' onere di ciascun iscritto verificare che tale ritenuta venga effettuata dall'Azienda e segnalare al Fondo un'eventuale omissione.

2. Con riferimento ai proscrittori volontari, il versamento della quota annuale per sé e per il/i proprio/i nucleo familiare/familiari/conviventi (se iscritto/i) riferita all'anno solare

successivo deve essere effettuato a mezzo bonifico bancario in un'unica rata entro il 15 dicembre di ogni anno. Il Consiglio di Amministrazione del Fondo può disporre diverse modalità di pagamento.

3. Per i dipendenti iscritti le quote saranno trattenute fino al termine dell'anno solare, mentre per i proscrittori volontari le quote anticipate, anche in caso di uscita, non sono rimborsabili.

4. In caso di diminuzione numerica dei familiari iscritti che avvenga per qualsiasi motivo durante l'anno finanziario, l'iscritto è tenuto al pagamento di tutte le quote fino al termine dell'anno finanziario (31 Dicembre) ed il familiare o i familiari oggetto della diminuzione saranno mantenuti ai benefici del Fasie fino al termine dell'anno finanziario (31 Dicembre).

Articolo 9 – Omissioni contributive e ritardati versamenti

1. Fermo rimanendo quanto previsto statutariamente in ipotesi di comportamento doloso dell'assistito, nel caso in cui il versamento contributivo effettuato risulti inesatto o incompleto, Fasie informerà l'azienda di appartenenza affinché provveda tempestivamente alla regolarizzazione, che dovrà avvenire entro e non oltre 30 giorni dalla prima scadenza di versamento successiva alla comunicazione ricevuta. Qualora tale termine trascorra senza l'adempimento richiesto, Fasie informerà l'azienda di appartenenza, indirizzando la comunicazione per conoscenza anche al dipendente iscritto, affinché provveda tempestivamente alla regolarizzazione, che dovrà avvenire entro e non oltre 60 giorni dalla prima scadenza di versamento successiva alla comunicazione ricevuta. Qualora tale termine trascorra senza l'adempimento richiesto, il Fondo comunicherà all'azienda ed ai dipendenti interessati, la sospensione delle prestazioni, che sarà ripristinata solo successivamente alla regolarizzazione della posizione interessata.

2. In caso di ritardo nel versamento dei contributi superiore ad un mese, il Consiglio di Amministrazione, previa valutazione del caso specifico, potrà disporre l'applicazione degli interessi legali, il cui ammontare sarà a totale carico dell'azienda di appartenenza dell'iscritto.

3. In caso di morosità della società che si protragga per 6 mesi, il Fondo intraprende l'iter di esclusione dei Soci. Prima di procedere con l'effettiva esclusione, il Fondo invia un'ultima comunicazione di sollecito alla società per la regolarizzazione, che dovrà avvenire entro e non oltre 30 giorni dalla prima scadenza di versamento successiva alla comunicazione ricevuta. Detta comunicazione sarà anche inviata per conoscenza alle Parti istitutive del Fondo. Trascorso tale termine senza riscontro positivo, il Fondo informerà la società e i dipendenti interessati dell'avvenuta esclusione.

Il Consiglio di Amministrazione valuterà i termini e le modalità dell'eventuale rientro della società esclusa per morosità che ne avesse fatto espressa richiesta.

4. E' comunque facoltà dei dipendenti interessati richiedere la prosecuzione volontaria della propria partecipazione al Fondo.

5. Il Fondo non è responsabile di eventuali danni derivanti dall'omissione e/o morosità contributiva imputabile alla società di appartenenza.

6. Il proscrittore volontario che non versi i contributi nei termini e nelle modalità di cui al precedente Articolo 8, comma 2, decade dall'iscrizione al Fondo.

TITOLO IV – PRESTAZIONI E MODALITÀ DI RIMBORSO

Articolo 10 – Prestazioni rimborsabili

1. Per i dipendenti e per il/i relativo/i nucleo familiare/familiari/conviventi iscritti al Fondo Fasie l'assistenza sanitaria è prestata dal:

- 1° giorno di iscrizione al Fasie per i ricoveri determinati da infortunio e Ricoveri per Grandi Interventi Chirurgici;
 - 1° giorno del mese successivo a quello di iscrizione al Fasie per le altre prestazioni.
2. Nessun rimborso o indennizzo spetta al dipendente iscritto per Invalidità Permanente da Malattia che dovesse insorgere e/o manifestarsi anteriormente all'iscrizione al Fasie.
3. I rimborsi saranno effettuati secondo i limiti e le modalità stabiliti dal Consiglio di Amministrazione nel Nomenclatore/Tariffario. L'elenco delle prestazioni rimborsabili e dei servizi resi disponibili agli assistiti sono riportati nel Nomenclatore/Tariffario, che forma parte integrante del presente Regolamento e, in ogni caso, non potrà comprendere le prestazioni di cui al successivo articolo 11.

Articolo 11 – Esclusioni

Il Fasie non procederà ad alcun indennizzo o rimborso delle spese sostenute per:

- a) gli infortuni, le anomalie, i difetti fisici e le mutilazioni occorse ed esistenti prima dell'iscrizione al Fasie e le loro conseguenze;
- b) eventi precedenti alla data di iscrizione al Fasie;
- c) le infermità mentali prive di obiettivabile causalità organica: sono compresi tuttavia il rimborso delle spese o l'indennizzo per ricoveri dovuti a nevrosi o disturbi psichici in genere, se curati in ospedali pubblici o convenzionati con le A.S.L. abilitati alla cura specifica delle malattie mentali ed il riconoscimento dell'indennizzo previsto per l'Invalidità Permanente da Malattia;
- d) le malattie, gli infortuni e le loro conseguenze dovuti all'abuso di alcolici o narcotici o all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, anfetamine e simili; le conseguenze dovute a risse, duelli, delitti, aggressioni, atti violenti anche a movente politico (salvo partecipazione involontaria), eventi straordinari quali atti di guerra, operazioni militari, insurrezioni, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni ed altre calamità naturali, pandemie dichiarate dall'OMS;
- e) le malattie o gli infortuni che siano conseguenza diretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo o di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- f) gli infortuni e le loro conseguenze derivanti dalla partecipazione a competizioni in genere; sono tuttavia compresi quelli relativi a corse podistiche, tennis, tornei, trofei aziendali, gare automobilistiche di regolarità pura indette dall'ACI, pesca non subacquea, gare di bocce, tiro a volo;
- g) gli interventi chirurgici di carattere estetico, salvo quelli necessari per eliminare le conseguenze di un infortunio e di malattie oncologiche;
- h) l'interruzione volontaria di gravidanza;
- i) apparecchi protesici;
- j) i ricoveri in case di soggiorno e convalescenza, sanatori, ospedali militari, ospizi per persone anziane, Day-Hospital (salvo quando espressamente previsto dal Nomenclatore/Tariffario), stabilimenti termali;
- k) l'ortodonzia, i bytes;
- l) gli onorari di medici non autorizzati ad esercitare la professione;
- m) tutti i medicinali;
- n) le acque minerali, i vini, i ricostituenti, i cosmetici ed i preparati vitaminici;
- o) i ricoveri per le prestazioni odontoiatriche, le visite, le cure e protesi dentarie effettuate dal nucleo familiare/familiari/convivente salvo quando espressamente previsto dal Nomenclatore/Tariffario;
- p) la ricerca diagnostica preventiva (check-up);
- q) i trattamenti estetici, le cure dimagranti e dietetiche;
- r) ricoveri per gravidanza iniziata prima dell'iscrizione al Fasie;

- s) la sterilità;
- t) l'inseminazione, fecondazione artificiale e sterilizzazione;
- u) terapie psicologiche, chiroterapiche, massoterapie, fisioterapie, cure termali, spese non appartenenti alla medicina convenzionalmente riconosciuta o tradizionale, agopuntura (salvo quando espressamente previsto dal Nomenclatore/Tariffario);
- v) visite effettuate da specialisti in medicina dello sport, medicina legale, medicina del lavoro, visite per pazienti e simili, visite omeopatiche, ingressi in piscine, palestre, ecc.;
- w) noleggio apparecchiature;
- x) interventi per correzione miopia, astigmatismo ecc...
- y) spese relative ad infortuni (senza ricovero) e conseguenti terapie, salvo quando espressamente previsto dal Nomenclatore/Tariffario;
- z) spese per prestazioni odontoiatriche per iscritti ultraottantenni.

Articolo 12 – Erogazioni in forma diretta

1. Gli assistiti potranno rivolgersi ad una delle strutture convenzionate con il Fondo per ricevere le prestazioni oggetto delle singole convenzioni con le medesime stipulate.

2. L'erogazione delle prestazioni da parte delle strutture convenzionate è disciplinata da appositi accordi che individuano le prestazioni erogabili, le limitazioni ed i relativi importi.

3. Il Fondo pubblica sul proprio sito Internet l'elenco delle strutture convenzionate, aggiornandolo periodicamente.

4. L'accesso alle strutture convenzionate è consentito agli assistiti a prescindere dalla loro dislocazione territoriale.

5. Per ricevere le prestazioni presso una delle strutture convenzionate in regime di assistenza diretta, gli assistiti dovranno contattare la Centrale Operativa almeno 48 ore lavorative prima della data di esecuzione della prestazione e ricevere l'autorizzazione da parte della medesima.

La Centrale Operativa, verificata l'inclusione in copertura e la regolarità contributiva del richiedente, chiederà lettura della prescrizione medica e del quesito diagnostico nell'ipotesi di prestazioni diverse dal ricovero e/o intervento. In quest'ultimo caso l'assistito dovrà trasmettere la predetta documentazione medica via fax. Valutata l'inclusione in copertura e la capienza nei massimali residui, la Centrale Operativa autorizza la struttura convenzionata ad erogare la prestazione all'assistito in regime di assistenza diretta, dando evidenza di eventuali spese non previste dall'opzione sanitaria prescelta.

Dell'avvenuta autorizzazione alla prestazione viene fornita conferma all'assistito a mezzo telefono, fax, e-mail o sms secondo la preferenza espressa dal medesimo al momento della richiesta della prestazione.

Nel caso invece in cui l'autorizzazione dovesse essere negata, la Centrale Operativa contatta l'Assistito.

6. L'autorizzazione deve essere rilasciata dalla Centrale Operativa preventivamente anche nei casi in cui si rendessero eventualmente necessarie, in corso di cura, prestazioni sanitarie aggiuntive ovvero qualora la prestazione da erogarsi – in base a successiva valutazione medica in corso di erogazione – debba essere diversa da quella già autorizzata.

7. Limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, l'Assistito potrà richiedere l'autorizzazione entro i 5 giorni successivi dall'esecuzione dell'intervento e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata. Contestualmente l'Assistito dovrà provvedere ad inviare a mezzo fax alla Centrale Operativa apposito modulo contenente l'attestazione della struttura sanitaria

dello stato di necessità ed urgenza. Nel caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, inoltre, l'Assistito dovrà inviare il referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento.

Resta inteso comunque che la valutazione finale sulla effettiva sussistenza del requisito della gravità rispetto al singolo caso, è comunque rimessa all'apprezzamento della Centrale Operativa.

La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero, per le quali l'Assistito sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

8. Tutte le autorizzazioni rilasciate dalla Centrale Operativa sono soggette ad un periodo di validità pari a 30 giorni, decorso il quale, l'autorizzazione cessa la propria efficacia.

Ferma restando la necessità di acquisire l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa, con riferimento alla prenotazione delle prestazioni, la Struttura Sanitaria potrà essere contattata:

- a) dalla Centrale Operativa che fornisce all'assistito un'informativa telefonica, a mezzo fax, e-mail o a mezzo sms della prenotazione effettuata;
- b) direttamente dall'Assistito.

Al momento dell'erogazione della prestazione l'assistito dovrà esibire un documento di identità in corso di validità.

9. In mancanza dell'autorizzazione della Centrale Operativa, l'interessato potrà sottoporsi alle cure presso la struttura sanitaria convenzionata sostenendo il relativo onere e richiederne il rimborso, se previsto, secondo le modalità di cui al successivo articolo 15.

10. Il Fondo ed i suoi incaricati possono procedere a visite di controllo.

Articolo 13 – Erogazioni in forma indiretta

1. L'assistito può chiedere al Fondo il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute presso strutture da lui prescelte. Per gli assistiti che acquisiscono nel corso dell'anno solare la qualità di iscritti al Fasie, il rimborso avverrà in proporzione ai contributi versati.

2. Il rimborso è ammesso solo per prestazioni individuate dal Nomenclatore/Tariffario. Quanto non espressamente contemplato dal presente Regolamento e dal Nomenclatore/Tariffario non è rimborsabile.

Articolo 14 – Modalità di pagamento delle prestazioni erogate in forma diretta

1. Nell'ipotesi in cui l'assistito ricorra all'erogazione in forma diretta, le spese per le prestazioni effettuate sono rimborsate dal Fondo mediante rimessa diretta alla struttura convenzionata, fatta eccezione per eventuali franchigie/scoperti.

2. La struttura convenzionata, eseguita la prestazione, emetterà fattura intestata all'assistito, esplicitando l'eventuale quota a carico dello stesso e che deve essere da lui pagata; provvederà a farla controfirmare da quest'ultimo e la invierà al Fondo in originale, rilasciandone contestualmente copia all'assistito.

Articolo 15 – Modalità di rimborso delle prestazioni erogate in forma indiretta

1. L'assistito per richiedere il rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute in regime di assistenza indiretta deve compilare e firmare l'apposito modulo ed inviarlo in originale al Fondo. Qualora siano iscritti anche il/i nucleo familiare/familiari/conviventi, deve essere compilato un modulo di richiesta per ciascuna persona che richieda il rimborso. Nel caso l'assistito non sottoscriva l'autorizzazione al trattamento dei propri dati personali ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003 il Fondo non darà seguito alla richiesta di rimborso.

2. Le pratiche di richiesta di rimborso dovranno pervenire al Fasie entro e non oltre 60 giorni dalla data della fattura per tutte le prestazioni, ad eccezione dei ricoveri la cui richiesta di rimborso deve pervenire entro e non oltre 90 giorni dalla fine della degenza.

3. Nel caso in cui non siano rispettati i tempi di cui al precedente comma 2, l'assistito perde il diritto al rimborso.

4. Il Fasie rimborserà le spese anche se effettuate fuori dal territorio nazionale e le stesse verranno rimborsate al cambio medio della Borsa di Milano del giorno in cui sono state sostenute.

Al modulo devono essere sempre allegati

- i documenti di spesa in originale intestati all'assistito, con espressa indicazione di tipologia e numero delle prestazioni effettuate, della data di emissione e degli onorari corrisposti. Il documento di spesa deve essere firmato e quietanzato. Non sono rimborsabili le spese documentate con ricevute fiscali. Se la fattura non è stampata su carta intestata del medico/struttura, dovrà riportare il timbro del medico/struttura sanitaria. La carta intestata dello specialista può essere sostituita con quella dell'Istituto di Cura pubblico o privato o Centro specializzato ove la visita sia avvenuta (sempre ad opera di Medici Specialisti). La data della fattura determina l'anno finanziario di imputazione;

- in caso di ricovero o day hospital, anche la copia della cartella clinica, timbrata dall'ospedale/istituto di cura/clinica;

- per le cure odontoiatriche: anche l'originale dell'apposito modulo predisposto dal Fondo compilato dal medico dentista.

Con riferimento alle visite specialistiche, il documento di spesa dovrà sempre riferirsi ad una sola visita specialistica; laddove il documento di spesa riporti oltre alla visita anche prestazioni varie diverse dalla stessa, per ottenere il rimborso della visita è necessario che sia distinto il costo ad essa riferito.

L'unica prestazione che si ritiene compresa nella visita specialistica è l'elettrocardiogramma (E.C.G.) basale, con esclusione di tutti gli altri tipi di E.C.G..

Per prestazioni diverse dalle visite specialistiche, qualora il documento di spesa si riferisca a più prestazioni aventi data diversa, ai fini dei termini di cui al comma 2, si tiene conto del giorno, mese ed anno in cui ciascuna prestazione è stata effettivamente eseguita.

Non saranno ammessi al rimborso documenti di spesa riportanti diciture generiche quali a mero titolo esemplificativo trattamenti specialistici, prestazioni specialistiche, terapie specialistiche, consulto medico e/o documenti di spesa relativi a visite specialistiche a scopo legale.

Per le spese relative all'Ecografia dovrà essere allegato il documento di spesa rilasciato da chi ha effettuato tale esame con la specificazione del tipo.

I documenti di spesa relative ai tickets dovranno riportare il tipo di prestazione effettuata.

5. Il Fasie provvederà a restituire all'assistito gli originali della documentazione giustificativa ricevuta. La restituzione degli originali avviene tramite l'ordinario servizio postale; nessuna responsabilità è posta a carico del Fondo in ipotesi di mancato pervenimento della documentazione trasmessa.

Il Consiglio di Amministrazione del Fondo può disporre diverse modalità di trasmissione della richiesta di rimborso e della relativa documentazione giustificativa allegata rispetto a quella su indicata.

Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge; in caso contrario, non si procederà ad alcun rimborso.

Tutta la documentazione dovrà essere redatta in lingua italiana, o comunque corredata da traduzione in lingua italiana.

Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni; a titolo eccezionale possono essere accettate correzioni apportate dall'estensore della documentazione, con apposizione a fianco delle stesse di timbro e firma di tale ultimo.

6. La documentazione di cui al comma precedente deve essere trasmessa contestualmente alla richiesta di rimborso; le fatture inviate successivamente non sono ammesse al rimborso.

7. L'assistito deve comunicare se il rimborso richiesto è relativo a spese correlate ad eventi causati da responsabilità di terzi o coperte - anche parzialmente - da un'assicurazione privata di rimborso delle spese mediche.

Qualora l'iscritto abbia richiesto o ottenuto un rimborso da Ente Pubblico o Privato, il Fasie rimborserà quanto dovuto in base alla documentazione delle spese effettivamente rimaste a carico dell'iscritto, al netto di quanto corrisposto da terzi.

L'assistito è responsabile nei confronti del Fondo per i casi di indebito arricchimento.

8. Il Fondo ed i suoi incaricati possono richiedere all'assistito ogni altra documentazione ritenuta necessaria.

9. In caso di ricovero in Istituto di Cura a pagamento, è rimesso alla discrezionalità del Fondo l'accoglimento della richiesta di anticipo, ferma rimanendo la valutazione preventiva in ordine alla rimborsabilità della prestazione nell'ambito dell'opzione sanitaria prescelta; qualora il Fondo conceda l'anticipo richiesto, è comunque fatto salvo il diritto alla restituzione delle somme corrisposte in relazione a prestazioni non rimborsabili.

La suddetta richiesta dovrà essere supportata dalla seguente documentazione:

- anamnesi prossima e remota con l'insorgenza della malattia;
- certificazione dell'Istituto di Cura che attesti la presunta data di ricovero ed il presunto ammontare delle spese sanitarie;
- tipologia di intervento;
- codice IBAN.

10. Il Fondo effettuerà i rimborsi a mezzo bonifico bancario sul conto corrente intestato al dipendente/pensionato, anche per le pratiche relative al/ai nucleo familiare/familiari/conviventi.

11. Non si procederà ad alcun rimborso e si recupereranno le somme eventualmente erogate in tutti i casi in cui la normativa del presente Regolamento sia stata disattesa da parte dell'assistito.

Articolo 16 - Accertamenti amministrativi/Controlli Sanitari

1. Il Fondo può disporre accertamenti amministrativi e/o controlli sanitari a sua discrezione.

2. Qualora l'iscritto non intenda sottoporsi ai predetti accertamenti e/o controlli ovvero non risulti veritiera la richiesta dell'assistito, non si procederà all'autorizzazione della prestazione e/o al rimborso richiesto ed il caso sarà esaminato per eventuali provvedimenti da parte del Consiglio di Amministrazione.

Articolo 17 - Consulenti sanitari

1. Per iniziative in campo medico-sanitario, il Fasie può avvalersi di consulenti sanitari.

Articolo 18 – Invalidità Permanente da Malattia

1. Hanno diritto alla prestazione, ricorrendo le condizioni di seguito esposte, tutti gli iscritti che al momento della certificazione della malattia di cui appresso siano dipendenti delle Aziende associate e di età non superiore ai 65 anni e che risultino aderenti al Fasie al momento della trasmissione della documentazione di cui al successivo comma 10.

2. La prestazione copre i casi di invalidità permanente conseguenti a malattia di grado superiore al 66% e tale da non consentire al dipendente la prosecuzione del rapporto di lavoro, accertata dai medici dell'INPS mediante :

- il riconoscimento di una “pensione di inabilità”(in caso di assoluta e permanente impossibilità a svolgere un qualsiasi lavoro);
- il riconoscimento di un “assegno ordinario di invalidità” (conseguente alla riduzione di grado superiore al 66% della capacità di lavoro che comporti altresì l'impossibilità del dipendente a continuare il rapporto di lavoro);

3. Nel caso in cui l'iscritto non abbia il diritto ad accedere alle prestazioni erogate dall'INPS (“pensione di inabilità” – “assegno ordinario di invalidità”), in quanto non ricorrano i requisiti di anzianità assicurativa e contributiva, tempo per tempo fissati dall'INPS, il grado di invalidità permanente superiore al 66% sarà valutato secondo i criteri previsti nella “Tabella delle menomazioni” approvata con Decreto dell'allora Ministero del Lavoro del 12 luglio 2000 e successive modifiche e integrazioni, certificata da relativa perizia medico legale specialistica.

4. La copertura non comprende le invalidità permanenti derivanti, anche indirettamente, da:

- stati invalidanti preesistenti alla iscrizione al Fondo o alla data di iscrizione ai Fondi da cui sia confluito l'assistito a Fasie;
- malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi anteriormente alla iscrizione al Fasie;
- malattie professionali così definite dal D.P.R. N° 124 del 30 giugno 1965 e successive modifiche;
- abuso di alcolici e di psicofarmaci, di stupefacenti, o di allucinogeni a scopo non terapeutico;
- guerre ed insurrezioni;
- trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- malattie conseguenti a situazioni pandemiche dichiarate dall'OMS;

5. L'iscritto che abbia diritto alla prestazione dovrà farne richiesta al Fasie con lettera raccomandata a/r entro e non oltre gg. 210 (duecentodieci) da quando sia venuto a conoscenza dell'invalidità, allegando la documentazione INPS attestante il godimento di pensione di inabilità per assoluta impossibilità a svolgere un qualsiasi lavoro ovvero di assegno ordinario di invalidità superiore al 66% comportante l'impossibilità per l'iscritto a continuare a svolgere il rapporto di lavoro con l'Azienda.

6. Tale ultima certificazione dovrà essere rilasciata da struttura sanitaria pubblica a ciò abilitata.

7. Nel caso di mancanza dei requisiti di accesso alle prestazioni INPS e sempre nel termine di cui sopra, alla richiesta dovrà essere allegata perizia medico legale specialistica attestante il riconoscimento di una invalidità permanente superiore al 66% in applicazione dei criteri previsti nella “Tabella delle menomazioni” approvata con Decreto dell'allora Ministero del Lavoro 12 luglio 2000 e comportante l'impossibilità per l'iscritto a continuare a svolgere il rapporto di lavoro con l'Azienda.

8. Tale ultima certificazione dovrà essere rilasciata da struttura sanitaria pubblica a ciò abilitata.

9. In tutti i casi la documentazione suddetta dovrà essere completata con:

- una dichiarazione della Azienda di appartenenza attestante la data di risoluzione del rapporto di lavoro;
- documentazione medica contenente dettagliate informazioni sulla natura, l'origine, il decorso e le conseguenze della malattia

10. La predetta documentazione dovrà essere trasmessa a mezzo lettera raccomandata a/r in originale e allegata alla richiesta di indennizzo, pena l'inammissibilità della richiesta.

11. Solo in presenza di tutta la documentazione suddetta, il Fondo procederà all'esame della richiesta per l'eventuale indennizzo.

12. Al ricevimento della documentazione su indicata, il Fasie procederà al relativo esame riservandosi di procedere a verifica tramite visita di proprio medico legale e, nel termine di 120 (centoventi) giorni, ne comunicherà l'esito a mezzo lettera raccomandata a/r. In caso di accoglimento procederà alla liquidazione dell'indennizzo secondo gli importi previsti di seguito, avendo a riferimento l'età anagrafica compiuta nel mese di risoluzione del rapporto di lavoro tra l'iscritto e l'Azienda:

ETA'	INDENNIZZO EURO
fino a 25	115.000,00
da 26 fino a 30	100.000,00
da 31 fino a 35	90.000,00
da 36 fino a 40	70.000,00
da 41 fino a 45	60.000,00
da 46 fino a 50	47.000,00
da 51 fino a 55	30.000,00
da 56 e oltre	10.000,00

13. Il diritto è di carattere personale e non può essere oggetto di disposizione testamentaria o donazione.

14. Nel caso in cui si verifichi il decesso dell'iscritto dopo la trasmissione della raccomandata da parte del Fasie contenente la comunicazione di accoglimento della richiesta di indennizzo, la somma relativa sarà liquidata agli eredi che ne avranno titolo in base alle norme della successione testamentaria o legittima e soltanto previa produzione di atto notarile ricognitivo gli aventi diritto.

TITOLO V - NORME FINALI

Articolo 19 – Ricorsi

1. Gli iscritti hanno facoltà di opporre ricorso avverso le decisioni del Fondo in materia di iscrizione, contributi e prestazioni, a mezzo raccomandata a/r, entro 60 giorni dalla comunicazione del provvedimento.

2. I ricorsi saranno decisi dal Consiglio di Amministrazione entro i 60 giorni successivi dal ricevimento.

3. Avverso le decisioni del Consiglio di Amministrazione è in facoltà dell'iscritto promuovere entro i 30 giorni successivi dal ricevimento della decisione, ricorso al Collegio dei Probiviri.

4. Le decisioni del Collegio dei Probiviri sono prese a maggioranza, sono vincolanti ed inappellabili.

Articolo 20 - Privacy e tutela dei dati personali e sensibili

1. Tutti i dati conferiti dalle società di appartenenza dei dipendenti iscritti e dagli assistiti saranno trattati dagli Organi del Fondo e dagli operatori, secondo le modalità ed entro i limiti previsti dal “Codice in materia di protezione dei dati personali” di cui al D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni.
2. Qualsiasi notizia concernente lo stato di salute degli iscritti è strettamente riservata. Coloro che ne abbiano notizia per ragioni del proprio mandato sono tenuti al segreto.
3. Possono essere divulgate informazioni relative al Fondo solo in forma di relazione complessiva, ancorché riferita a singole prestazioni o a dati statistici.

Articolo 21 - Decorrenza

1. Il presente Regolamento annulla e sostituisce ogni altro regolamento operativo in precedenza adottato dal Fondo ed è valido dal 1° gennaio 2010.

ALLEGATO AL REGOLAMENTO DEL FONDO FASIE

NOMENCLATORE TARIFFARIO

Indice

Articolo 1. Prestazioni garantite

Articolo 2. Definizioni

Articolo 3. Le opzioni sanitarie garantite

Articolo 4. Servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli istituti di cura

Articolo 5. Servizio di trasporto in autoambulanza, trasferimento in istituto di cura, rientro dall'istituto di cura e trasporto post ricovero(in Italia)

Articolo 6. Servizio di guardia medica permanente

Articolo 7. Servizio di Assistenza Domiciliare

Allegato A) Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Articolo 1. Prestazioni garantite

1. Il Nomenclatore/Tariffario indica analiticamente le prestazioni ammissibili, la forma di erogazione (diretta/indiretta), le disposizioni particolari e l'importo del rimborso.

2. In allegato sub a) si riporta l'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici.

3. Per le prestazioni non inserite nel predetto Nomenclatore ma ad esse assimilabili, il rimborso è effettuato secondo l'importo fissato relativamente alla prestazione prevista; l'assimilazione è rimessa al giudizio dei consulenti sanitari del Fondo.

Articolo 2. Definizioni

Malattie Oncologiche

Per "Malattia Oncologica" si intende qualsiasi neoplasia maligna invasiva (codice da 140 a 209 della Classificazione Internazionale delle Malattie dell'O.M.S.; nona revisione), nonché i tumori benigni e maligni non specificati dell'encefalo e degli altri organi del sistema nervoso centrale (codici 225 e 239-6 della Classificazione Internazionale delle Malattie dell'O.M.S. nona revisione).

Articolo 3. Le opzioni sanitarie garantite

Opzione BASE

La presente opzione prevede la copertura assistenziale del dipendente/pensionato e del relativo nucleo familiare¹.

I costi per l'opzione base (che comprendono quindi anche la copertura del nucleo familiare) sono i seguenti:

- a carico del dipendente: €72,00 annui
- a carico del pensionato: €173,00 annui

¹ Coniuge e figli a carico (figli di età inferiore ai 18 anni, figli di età inferiore ai 21 anni che frequentino una scuola media superiore o altro corso di studi assimilabili, limitatamente alla durata del corso medesimo, figli di età inferiore ai 26 anni che frequentino l'università od altro corso di studio assimilabile alla durata del corso legale, figli senza alcun limite di età, che si trovino per grave infermità fisica o mentale nell'assoluta permanente impossibilità di svolgere un proficuo lavoro).

A) ELENCO DELLE PRESTAZIONI EROGABILI

- 1) Grandi Interventi Chirurgici a pagamento
- 2) Grandi Interventi Chirurgici ASL
- 3) Ricoveri ordinari a pagamento con intervento chirurgico
- 4) Ricoveri ordinari ASL con intervento chirurgico
- 5) Pre/Post Grandi Interventi Chirurgici
- 6) Pre/Post Ricoveri ordinari a pagamento
- 7) Pre/Post Ricoveri ordinari ASL
- 8) Pre/Post Oncologici
- 9) IPM (solo per il dipendente)

A.1) PER LE PRESTAZIONI DA 1) A 8)

La presente opzione sanitaria comprende:

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento, compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- b) assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- c) rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono, ecc.;
- d) accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura nei 60 giorni precedenti il ricovero;
- e) esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche), cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), effettuate nei 90 giorni successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico, in caso di malattie oncologiche, il periodo si intende levato a 210 giorni;
- f) prelievo di organi o parte di essi, ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- g) parto cesareo;
- h) interruzione terapeutica di gravidanza in istituto di cura;
- i) trasporto dell'avente diritto in ambulanza all'Istituto di cura e viceversa, nonché trasporto dell'avente diritto e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea con il massimo di €520,00.

Massimale

Per le prestazioni da 3) a 4) e da 6) a 7), la copertura è prestata fino alla concorrenza della somma di € 77.500,00, da intendersi quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare, incluso il dipendente/pensionato, nell'ambito di ogni annualità.

Per le malattie oncologiche (Ricoveri e Pre/Post), la copertura è prestata fino alla concorrenza della somma di € 77.500,00 per nucleo, incluso il dipendente/pensionato, nell'ambito di ogni annualità (o €155.000,00 se Grandi interventi).

Per le prestazioni 1), 2) e 5) la copertura è prestata fino alla concorrenza della somma di € 155.000,00, da intendersi quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare, incluso il dipendente/pensionato, nell'ambito di ogni annualità.

Il primo e l'ultimo giorno di ricovero vengono conteggiati come un solo giorno, ed inoltre il 1° giorno di degenza determinerà l'anno finanziario d'imputazione.

Indennità sostitutiva

Se tutte le spese, esclusi eventuali “tickets” e le spese di cui ai precedenti punti d) ed e), sono a totale carico dell’Assistenza Sanitaria Sociale, verrà corrisposta una indennità di € 55,00 per ogni notte di ricovero per una durata massima di 90 giorni per ciascun anno solare e per nucleo familiare. In caso di “Grande Intervento Chirurgico” l’indennità si intende elevata a €80,00.

Franchigie e scoperti

a) In regime di assistenza diretta

Nel caso di prestazioni eseguite presso strutture convenzionate ed effettuate da medici convenzionati, le spese per le prestazioni erogate all’assistito vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture stesse.

Per tutte le spese relative a “Grande Intervento Chirurgico” ed a prestazioni “Ricoveri e Pre/Post Oncologici” non è prevista franchigia, ad eccezione delle garanzie che prevedono specifici limiti, fino alla concorrenza del massimale. In caso di ricoveri ordinari:

- per “Ricoveri ordinari con intervento chirurgico” rimane a carico dell’assistito uno scoperto del 25% con un minimo di 800,00 euro per evento;
- per “Pre/Post Ricoveri ordinari rimane a carico dell’assistito uno scoperto del 25% con un minimo di 160,00 euro per evento.

b) In regime di assistenza rimborsuale

Per tutte le spese relative a “Grande Intervento Chirurgico”, a “Ricoveri ordinari ASL con intervento chirurgico” ed a prestazioni “Ricoveri e Pre/Post Oncologici” non è prevista franchigia, ad eccezione delle garanzie che prevedono specifici limiti. In caso di ricoveri ordinari:

- per “Ricoveri ordinari a pagamento con intervento chirurgico” le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all’assistito con l’applicazione di uno scoperto del 25% con un minimo di 800,00 euro per evento;
- per “Pre/Post Ricoveri ordinari a pagamento” e “Pre/Post Ricoveri ordinari ASL” le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all’assistito con l’applicazione di uno scoperto del 25% con un minimo di 160,00 euro per evento.

Opzione STANDARD

La presente opzione prevede la copertura assistenziale del dipendente/pensionato e dei relativi familiari/conviventi iscritti.

E’ altresì coperto il nucleo familiare² del dipendente con riferimento alle prestazioni per le quali è espressamente previsto.

I costi per l’opzione standard sono i seguenti:

- per l’iscrizione del dipendente: €160,00 annui
- per l’iscrizione del pensionato: €372,00 annui
- per l’iscrizione del familiare del dipendente: €186,00 annui

² Coniuge e figli a carico (figli di età inferiore ai 18 anni, figli di età inferiore ai 21 anni che frequentino una scuola media superiore o altro corso di studi assimilabili, limitatamente alla durata del corso medesimo, figli di età inferiore ai 26 anni che frequentino l’università od altro corso di studio assimilabile alla durata del corso legale, figli senza alcun limite di età, che si trovino per grave infermità fisica o mentale nell’assoluta permanente impossibilità di svolgere un proficuo lavoro).

- per l'iscrizione del convivente del dipendente: €372,00 annui
- per l'iscrizione del familiare del pensionato: €372,00 annui
- per l'iscrizione del convivente del pensionato: €372,00 annui

A. ELENCO DELLE PRESTAZIONI EROGABILI

- 1) Grandi Interventi Chirurgici a pagamento
- 2) Grandi Interventi Chirurgici ASL
- 3) Ricoveri ordinari a pagamento con intervento chirurgico
- 4) Ricoveri ordinari a pagamento senza intervento chirurgico
- 5) Ricoveri ordinari ASL con intervento chirurgico
- 6) Ricoveri ordinari ASL senza intervento chirurgico
- 7) Ricoveri tipo day hospital con intervento chirurgico
- 8) Ricoveri parto non cesareo
- 9) Pre/Post Grandi Interventi Chirurgici
- 10) Pre/Post Ricoveri ordinari a pagamento
- 11) Pre/Post Ricoveri ordinari ASL
- 12) Pre/Post Oncologici
- 13) Post day hospital ASL Oncologico
- 14) Polispecialistica
- 15) Occhiali
- 16) Tickets
- 17) IPM (solo per il dipendente)

Le prestazioni di cui ai punti 1), 2) e 9) sono riconosciute anche al nucleo familiare del dipendente.

A.1) PER I “RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO” - PRESTAZIONI DA 3) A 8) E DA 10) A 13) -

In caso di ricovero in Istituto di Cura reso necessario da malattia o infortunio vengono rimborsate le spese sostenute per:

- 1) per assistenza e prestazioni mediche, onorari per visite mediche;
- 2) per analisi di laboratorio ed esami diagnostici;
- 3) per èquipe operatoria, anestesista, diritti di sala operatoria, materiali di intervento (compresi apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento), tutori ortopedici (sostitutivi del gesso) applicati prima della dimissione dalla casa di cura;
- 4) per medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- 5) per rette di degenza con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisore, telefono, ecc.;
- 6) per parto cesareo, interruzione di gravidanza post-traumatica o spontanea;
- 7) per parto non cesareo (comprese spese ostetriche) e interruzione di gravidanza terapeutica fino al limite massimo onnicomprensivo di Euro 275,00 per evento senza franchigia;
- 8) nei 60 giorni precedenti il ricovero con pernottamento e nei 90 giorni successivi il ricovero con pernottamento escluso il ricovero Day-Hospital (degenza diurna che non comporti pernottamento);
- 9) nei 60 giorni precedenti il ricovero e nei 210 giorni dopo il ricovero per le malattie oncologiche. E' compreso il Day-Hospital e il Day-Surgery per Malattie Oncologiche;
- 10) per assistenza e prestazioni mediche, onorari per visite mediche;
- 11) per agopuntura se praticata da medici;
- 12) per analisi di laboratorio ed esami diagnostici;

- 13) per interventi chirurgici ambulatoriali;
- 14) per medicinali, allegando la prescrizione medica, le fustelle e gli scontrini fiscali delle farmacie;
- 15) per terapia psicologica in seguito a trattamento chemioterapico per malattia oncologica;
- 16) per trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere) se conseguenti ad infortunio o intervento chirurgico, effettuati da fisioterapisti o centri specialistici di fisioterapia;
- 17) per rimborso dei seguenti tickets (con esclusione delle esenzioni):
- 18) analisi di laboratorio;
- 19) esami diagnostici;
- 20) visite specialistiche;
- 21) trattamenti fisioterapici e rieducativi, se conseguenti ad infortunio o intervento chirurgico;
- 22) per trasporto in ambulanza del paziente per il ricovero nell'Istituto di Cura e da questo al domicilio, fino al limite del 5% del massimo rimborsabile;
- 23) per interruzione di gravidanza post-traumatica spontanea;
- 24) per interventi chirurgici in Day-Hospital;
- 25) per trattamenti di terapia citostatica o antitumorale anche a domicilio in Day-Hospital;
- 26) in tickets relative a prestazioni di fisioterapia effettuata tramite il Servizio Sanitario Nazionale, se effettuata nei 90 giorni successivi un ricovero in Day-Surgery ASL (ricoveri con intervento in struttura pubblica)

Massimale

Il limite massimo di rimborso, per persona, per evento e per anno finanziario non potrà superare la somma di Euro 77.500,00 (anche per le malattie oncologiche - Ricoveri e Pre/Post -).

Il primo e l'ultimo giorno di ricovero vengono conteggiati come un solo giorno, ed inoltre il 1° giorno di degenza determinerà l'anno finanziario d'imputazione.

Indennità sostitutiva

In caso di ricovero ospedaliero con pernottamento senza presentazione di spesa verrà corrisposta una indennità di Euro 55,00 per ogni notte di ricovero con un massimo di 90 giorni per anno finanziario e per persona, e per ogni pernottamento.

Franchigie e scoperti

a) In regime di assistenza diretta

1. Nel caso di prestazioni eseguite presso strutture convenzionate ed effettuate da medici convenzionati, le spese per le prestazioni erogate all'assistito vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture stesse.

Con riferimento alle spese relative a "Ricoveri tipo day hospital con intervento chirurgico" e a "Pre/Post Ricoveri ordinari" rimane a carico dell'assistito uno scoperto del 25% con un minimo di 160,00 euro per evento.

2. Con riferimento alle spese sostenute per diverse prestazioni prevedono l'applicazione a carico dell'assistito di uno scoperto del 25% con un minimo di 800,00 euro per evento.

3. Per le malattie oncologiche, si applicano le franchigie di cui al comma precedente, tenendo conto che le degenze per terapie di malattie oncologiche con intervento non saranno soggette singolarmente a franchigia se effettuate entro i 210 giorni dalla fine della prima degenza. In caso di ricovero per terapie di malattie oncologiche senza intervento agli effetti del rimborso, si considera ricovero la prima degenza e le successive terapie non saranno singolarmente soggette a franchigia se effettuate entro i 210 giorni

dalla fine della prima degenza. Per le spese relative a “Pre/Post Oncologici” non è prevista franchigia.

4. I ricoveri consequenziali e consecutivi al Ricovero con Grande Intervento, saranno considerati come “Ricoveri Ordinari”.

b) In regime di assistenza rimborsuale

1. Le spese relative a “Ricoveri tipo day hospital con intervento chirurgico”, a “Pre/Post Ricoveri ordinari a pagamento” e “Pre/Post Ricoveri ordinari ASL” vengono rimborsate all’assistito con l’applicazione di uno scoperto del 25% con un minimo di 160,00 euro per evento.

2. Le spese sostenute per diverse prestazioni vengono rimborsate all’assistito con l’applicazione di uno scoperto del 25% con un minimo di 800,00 euro per evento.

3. Per le malattie oncologiche, si applicano le franchigie di cui al comma precedente, tenendo conto che le degenze per terapie di malattie oncologiche con intervento non saranno soggette singolarmente a franchigia se effettuate entro i 210 giorni dalla fine della prima degenza. In caso di ricovero per terapie di malattie oncologiche senza intervento agli effetti del rimborso, si considera ricovero la prima degenza e le successive terapie non saranno singolarmente soggette a franchigia se effettuate entro i 210 giorni dalla fine della prima degenza. Per le spese relative a “Pre/Post Oncologici” non è prevista franchigia.

4. I ricoveri consequenziali e consecutivi al Ricovero con Grande Intervento, saranno considerati come “Ricoveri Ordinari”.

5. Nel caso in cui l’assistito si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari rimasti a carico dell’assistito., con esclusione delle quote dovute a titolo di imposta, senza applicazione di scoperti o franchigie, ad eccezione delle garanzie che prevedono specifici limiti e fino alla concorrenza della somma assicurata annua di rimborso.

A.2) PER “GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI” – PRESTAZIONI 1), 2) E 9) -

In caso di Grande Intervento Chirurgico vengono rimborsate le spese sanitarie:

- nei 60 giorni precedenti il ricovero con pernottamento e nei 90 giorni successivi il ricovero con pernottamento;
- nei 60 giorni precedenti il ricovero e nei 210 giorni dopo il ricovero per le malattie oncologiche;
- la retta di vitto e pernottamento dell’accompagnatore col massimo di Euro 55,00 per giorno fino ad un massimo di 90 giorni per anno finanziario (tali spese dovranno essere documentate con regolare fattura o ricevuta fiscale).

Massimale

I limiti massimi di rimborso per persona, per evento e per anno finanziario non potranno superare la somma di Euro 155.000,00. In caso di automatica iscrizione del nucleo familiare, il massimale di Euro 155.000,00 suindicato si intende riferito al dipendente ed all’intero nucleo.

Il primo e l’ultimo giorno di ricovero vengono conteggiati come un solo giorno, ed inoltre il 1° giorno di degenza determinerà l’anno finanziario d’imputazione.

Indennità sostitutiva

In caso di ricovero ospedaliero con pernottamento senza presentazione di spesa verrà corrisposta una indennità di Euro 80,00 per ogni notte di ricovero con un massimo di 90 giorni per anno finanziario e per persona, e per ogni pernottamento.

Franchigie e scoperti

a) In regime di assistenza diretta

Nel caso di prestazioni eseguite presso strutture convenzionate ed effettuate da medici convenzionati, le spese per le prestazioni erogate all'assistito vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture stesse. Non è prevista franchigia, ad eccezione delle garanzie che prevedono specifici limiti.

b) In regime di assistenza rimborsuale

Per le spese relative a "Grande Intervento Chirurgico" non è prevista franchigia, ad eccezione delle garanzie che prevedono specifici limiti.

A.3) POLISPECIALISTICA

Vengono rimborsate le spese sostenute presso studi medici o a domicilio per:

- onorari di visite specialistiche, effettuate da medici forniti di specializzazione (specializzazioni riconosciute dal Ministero dell'Istruzione), in presenza di una situazione di malattia (che significa ogni e qualsiasi alterazione dello stato di salute) o di infortunio; **per le visite neurologiche, psichiatriche, dietologiche e di chirurgia plastica occorre la diagnosi;**
- interventi chirurgici ambulatoriali effettuati da medici forniti di specializzazione, comprese le relative visite specialistiche, intendendosi per tali quelli effettuati senza ricovero, comportanti anche suture, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia, diatermocoagulazione;
- parto non cesareo effettuato a domicilio purché con assistenza medica (comprese le spese ostetriche) fino a Euro 275,00 per evento;
- Amniocentesi;
- Tomografia Assiale Computerizzata (T.A.C.) con esclusione delle arcate dentarie;
- Risonanza Magnetica Nucleare (R.M.N.);
- Elettromiografia;
- Ecografia;
- Epiluminescenza;
- Mineralometria Ossea Computerizzata (M.O.C.);
- Mammografia;
- Tomoscintigrafia miocardica;
- PET (Positron Emission Tomography);
- PAP-TEST;
- RIM-PROB.

Massimale

I limiti massimi di rimborso per persona, per evento e per anno finanziario non potranno superare la somma di Euro 800,00.

Franchigie e scoperti

a) In regime di assistenza diretta

1. Nel caso di prestazioni eseguite presso strutture convenzionate ed effettuate da medici convenzionati, le spese per le prestazioni erogate all'assistito vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture stesse.

E' prevista a carico dell'assistito l'applicazione di uno scoperto del 30% con un minimo di Euro 26,00 per ogni prestazione.

b) In regime di assistenza rimborsuale

1. Le spese sostenute vengono rimborsate all'assistito con l'applicazione di uno scoperto del 30% con un minimo di Euro 26,00 per ogni prestazione.
2. Nel caso in cui l'assistito si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente, con esclusione delle quote dovute a titolo di imposta, senza applicazione di scoperti o franchigie, ad eccezione delle garanzie che prevedono specifici limiti e fino alla concorrenza della somma assicurata annua di rimborso - le eventuali spese per ticket sanitari rimasti a carico dell'assistito.

A.4) LENTI A CONTATTO ED OCCHIALI DA VISTA

1. Vengono liquidate le spese sostenute per l'acquisto di un solo paio di occhiali da vista completi o lenti a contatto fino ad un massimo di Euro 50,00 per assistito.
2. Le lenti corneali mono uso, lenti quindicinali, mensili e trimestrali o similari non sono liquidabili.
3. La liquidazione delle spese di cui sopra sarà effettuata una sola volta per anno finanziario.
4. In caso di lenti a contatto è necessario che sia specificato il tipo di lente.
5. La richiesta di liquidazione deve essere accompagnata anche dalla prescrizione rilasciata dall'oculista o dall'ottico, intestata all'assistito, debitamente firmata e timbrata; in alternativa, è sufficiente che il documento di spesa indichi le diottrie riportate nella prescrizione medica.

Opzione EXTRA

La presente opzione prevede la copertura assistenziale del dipendente/pensionato e dei relativi familiari/conviventi iscritti.

E' altresì coperto il nucleo familiare³ del dipendente con riferimento alle prestazioni per le quali è espressamente previsto.

I costi per l'opzione extra sono i seguenti:

- per l'iscrizione del dipendente: €310,00 annui
- per l'iscrizione del pensionato: €620,00 annui
- per l'iscrizione del familiare del dipendente: €186,00 annui
- per l'iscrizione del convivente del dipendente: €372,00 annui
- per l'iscrizione del familiare del pensionato: €372,00 annui
- per l'iscrizione del convivente del pensionato: €372,00 annui

³ Coniuge e figli a carico (figli di età inferiore ai 18 anni, figli di età inferiore ai 21 anni che frequentino una scuola media superiore o altro corso di studi assimilabili, limitatamente alla durata del corso medesimo, figli di età inferiore ai 26 anni che frequentino l'università od altro corso di studio assimilabile alla durata del corso legale, figli senza alcun limite di età, che si trovino per grave infermità fisica o mentale nell'assoluta permanente impossibilità di svolgere un proficuo lavoro).

A. ELENCO DELLE PRESTAZIONI EROGABILI

- 1) Grandi Interventi Chirurgici a pagamento
- 2) Grandi Interventi Chirurgici ASL
- 3) Ricoveri ordinari a pagamento con intervento chirurgico
- 4) Ricoveri ordinari a pagamento senza intervento chirurgico
- 5) Ricoveri ordinari ASL con intervento chirurgico
- 6) Ricoveri ordinari ASL senza intervento chirurgico
- 7) Ricoveri tipo day hospital con intervento chirurgico
- 8) Ricoveri parto non cesareo
- 9) Pre/Post Grandi Interventi Chirurgici
- 10) Pre/Post Ricoveri ordinari a pagamento
- 11) Pre/Post Ricoveri ordinari ASL
- 12) Pre/Post Oncologici
- 13) Post day hospital ASL Oncologico
- 14) Polispecialistica
- 15) Occhiali
- 16) Tickets
- 17) Cure Odontoiatriche
- 18) Ablazione del tartaro
- 19) IPM (solo per il dipendente)

Le prestazioni di cui ai punti 1), 2) e 9) sono riconosciute anche al nucleo familiare del dipendente.

Le prestazioni di cui ai punti 17) e 18) sono riconosciute esclusivamente al dipendente/pensionato.

A.1) PER I “RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO” - PRESTAZIONI DA 3) A 8) E DA 10) A 13) -

In caso di ricovero in Istituto di Cura reso necessario da malattia o infortunio vengono rimborsate le spese sostenute per:

- 1) per assistenza e prestazioni mediche, onorari per visite mediche;
- 2) per analisi di laboratorio ed esami diagnostici;
- 3) per équipe operatoria, anestesista, diritti di sala operatoria, materiali di intervento (compresi apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento), tutori ortopedici (sostitutivi del gesso) applicati prima della dimissione dalla casa di cura;
- 4) per medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- 5) per rette di degenza con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisore, telefono, ecc.;
- 6) per parto cesareo, interruzione di gravidanza post-traumatica o spontanea;
- 7) per parto non cesareo (comprese spese ostetriche) e interruzione di gravidanza terapeutica fino al limite massimo onnicomprensivo di Euro 275,00 per evento senza franchigia;
- 8) nei 60 giorni precedenti il ricovero con pernottamento e nei 90 giorni successivi il ricovero con pernottamento escluso il ricovero Day-Hospital (degenza diurna che non comporti pernottamento);
- 9) nei 60 giorni precedenti il ricovero e nei 210 giorni dopo il ricovero per le malattie oncologiche. E' compreso il Day-Hospital e il Day-Surgery per Malattie Oncologiche;
- 10) per assistenza e prestazioni mediche, onorari per visite mediche;
- 11) per agopuntura se praticata da medici;

- 12) per analisi di laboratorio ed esami diagnostici;
- 13) per interventi chirurgici ambulatoriali;
- 14) per medicinali, allegando la prescrizione medica, le fustelle e gli scontrini fiscali delle farmacie;
- 15) per terapia psicologica in seguito a trattamento chemioterapico per malattia oncologica;
- 16) per trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere) se conseguenti ad infortunio o intervento chirurgico, effettuati da fisioterapisti o centri specialistici di fisioterapia;
- 17) per rimborso dei seguenti tickets (con esclusione delle tasse regionali, quote dovute a titolo d'imposta e quota ricetta):
 - analisi di laboratorio;
 - esami diagnostici;
 - visite specialistiche;
 - trattamenti fisioterapici e rieducativi, se conseguenti ad infortunio o intervento chirurgico;
- 18) per trasporto in ambulanza del paziente per il ricovero nell'Istituto di Cura e da questo al domicilio, fino al limite del 5% del massimo rimborsabile;
- 19) per interruzione di gravidanza post-traumatica spontanea;
- 20) per interventi chirurgici in Day-Hospital;
- 21) per trattamenti di terapia citostatica o antitumorale anche a domicilio in Day-Hospital;
- 22) in tickets relative a prestazioni di fisioterapia effettuata tramite il Servizio Sanitario Nazionale, se effettuata nei 90 giorni successivi un ricovero in Day-Surgery ASL (ricoveri con intervento in struttura pubblica)

Massimale

Il limite massimo di rimborso, per persona, per evento e per anno finanziario non potrà superare la somma di Euro 77.500,00 (anche per le malattie oncologiche - Ricoveri e Pre/Post -).

Il primo e l'ultimo giorno di ricovero vengono conteggiati come un solo giorno, ed inoltre il 1° giorno di degenza determinerà l'anno finanziario d'imputazione.

Indennità sostitutiva

In caso di ricovero ospedaliero con pernottamento senza presentazione di spesa verrà corrisposta una indennità di Euro 55,00 per ogni notte di ricovero con un massimo di 90 giorni per anno finanziario e per persona, e per ogni pernottamento.

Franchigie e scoperti

a) In regime di assistenza diretta

1. Nel caso di prestazioni eseguite presso strutture convenzionate ed effettuate da medici convenzionati, le spese per le prestazioni erogate all'assistito vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture stesse.

Per le spese relative a "Ricoveri tipo day hospital con intervento chirurgico" e a "Pre/Post Ricoveri ordinari" è prevista a carico dell'assistito l'applicazione di uno scoperto del 25% con un minimo di 160,00 euro per evento.

2. Con riferimento alle spese sostenute per diverse prestazioni è prevista a carico dell'assistito l'applicazione di uno scoperto del 25% con un minimo di 800,00 euro per evento.

3. Per le malattie oncologiche, si applicano le franchigie di cui al comma precedente, tenendo conto che le degenze per terapie di malattie oncologiche con intervento non saranno soggette singolarmente a franchigia se effettuate entro i 210 giorni dalla fine della prima degenza. In caso di ricovero per terapie di malattie oncologiche senza intervento agli effetti del rimborso, si considera ricovero la prima degenza e le successive terapie non saranno singolarmente soggette a franchigia se effettuate entro i 210 giorni dalla fine della prima degenza. Per le spese relative a “Pre/Post Oncologici” non è prevista franchigia.

4. I ricoveri consequenziali e consecutivi al Ricovero con Grande Intervento, saranno considerati come “Ricoveri Ordinari”.

b) In regime di assistenza rimborsuale

1. Le spese relative a “Ricoveri tipo day hospital con intervento chirurgico”, a “Pre/Post Ricoveri ordinari a pagamento” e “Pre/Post Ricoveri ordinari ASL” vengono rimborsate all’assistito con l’applicazione di uno scoperto del 25% con un minimo di 160,00 euro per evento.

2. Le spese sostenute per diverse prestazioni vengono rimborsate all’assistito con l’applicazione di uno scoperto del 25% con un minimo di 800,00 euro per evento.

3. Per le malattie oncologiche, si applicano le franchigie di cui al comma precedente, tenendo conto che le degenze per terapie di malattie oncologiche con intervento non saranno soggette singolarmente a franchigia se effettuate entro i 210 giorni dalla fine della prima degenza. In caso di ricovero per terapie di malattie oncologiche senza intervento agli effetti del rimborso, si considera ricovero la prima degenza e le successive terapie non saranno singolarmente soggette a franchigia se effettuate entro i 210 giorni dalla fine della prima degenza. Per le spese relative a “Pre/Post Oncologici” non è prevista franchigia.

4. I ricoveri consequenziali e consecutivi al Ricovero con Grande Intervento, saranno considerati come “Ricoveri Ordinari”.

5. Nel caso in cui l’assistito si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente le eventuali spese per tickets sanitari rimasti a carico dell’assistito, con esclusione delle quote dovute a titolo di imposta, senza applicazione di scoperti o franchigie, ad eccezione delle garanzie che prevedono specifici limiti e fino alla concorrenza della somma assicurata annua di rimborso.

A.2) PER “GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI” – PRESTAZIONI 1), 2) E 9) -

In caso di Grande Intervento Chirurgico vengono rimborsate le spese sanitarie:

- nei 60 giorni precedenti il ricovero con pernottamento e nei 90 giorni successivi il ricovero con pernottamento;
- nei 60 giorni precedenti il ricovero e nei 210 giorni dopo il ricovero per le malattie oncologiche;
- la retta di vitto e pernottamento dell’accompagnatore col massimo di Euro 55,00 per giorno fino ad un massimo di 90 giorni per anno finanziario (tali spese dovranno essere documentate con regolare fattura o ricevuta fiscale).

Massimale

I limiti massimi di rimborso per persona, per evento e per anno finanziario non potranno superare la somma di Euro 155.000,00.

In caso di automatica iscrizione del nucleo familiare, il massimale di Euro 155.000,00 suindicato si intende riferito al dipendente ed all’intero nucleo.

Il primo e l'ultimo giorno di ricovero vengono conteggiati come un solo giorno, ed inoltre il 1° giorno di degenza determinerà l'anno finanziario d'imputazione.

Indennità sostitutiva

In caso di ricovero ospedaliero con pernottamento senza presentazione di spesa verrà corrisposta una indennità di Euro 80,00 per ogni notte di ricovero con un massimo di 90 giorni per anno finanziario e per persona, e per ogni pernottamento.

Franchigie e scoperti

a) In regime di assistenza diretta

Nel caso di prestazioni eseguite presso strutture convenzionate ed effettuate da medici convenzionati, le spese per le prestazioni erogate all'assistito vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture stesse.

Per le spese relative a "Grande Intervento Chirurgico" non è prevista franchigia, ad eccezione delle garanzie che prevedono specifici limiti.

b) In regime di assistenza rimborsuale

Per le spese relative a "Grande Intervento Chirurgico" non è prevista franchigia, ad eccezione delle garanzie che prevedono specifici limiti.

A.3) POLISPECIALISTICA

Vengono rimborsate le spese sostenute presso studi medici o a domicilio per:

- onorari di visite specialistiche, effettuate da medici forniti di specializzazione (specializzazioni riconosciute dal Ministero dell'Istruzione), in presenza di una situazione di malattia (che significa ogni e qualsiasi alterazione dello stato di salute) o di infortunio; **per le visite neurologiche, psichiatriche, dietologiche e di chirurgia plastica occorre la diagnosi;**
- interventi chirurgici ambulatoriali effettuati da medici forniti di specializzazione, comprese le relative visite specialistiche, intendendosi per tali quelli effettuati senza ricovero, comportanti anche suture, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia, diatermocoagulazione;
- parto non cesareo effettuato a domicilio purché con assistenza medica (comprese le spese ostetriche) fino a Euro 275,00 per evento;
- Amniocentesi;
- Tomografia Assiale Computerizzata (T.A.C.) con esclusione delle arcate dentarie;
- Risonanza Magnetica Nucleare (R.M.N.);
- Elettromiografia;
- Ecografia;
- Epiluminescenza;
- Mineralometria Ossea Computerizzata (M.O.C.);
- Mammografia;
- Tomoscintigrafia miocardica;
- PET (Positron Emission Tomography);
- PAP-TEST;
- RIM-PROB.

Massimale

I limiti massimi di rimborso per persona, per evento e per anno finanziario non potranno superare la somma di Euro 800,00.

Franchigie e scoperti

a) In regime di assistenza diretta

1. Nel caso di prestazioni eseguite presso strutture convenzionate ed effettuate da medici convenzionati, le spese per le prestazioni erogate all'assistito vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture stesse.

E' prevista a carico dell'assistito l'applicazione di uno scoperto del 30% con un minimo di Euro 26,00 per ogni prestazione.

b) In regime di assistenza rimborsuale

1. Le spese sostenute vengono rimborsate all'assistito con l'applicazione di uno scoperto del 30% con un minimo di Euro 26,00 per ogni prestazione.

2. Nel caso in cui l'assistito si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente, con esclusione delle quote dovute a titolo di imposta, senza applicazione di scoperti o franchigie, ad eccezione delle garanzie che prevedono specifici limiti e fino alla concorrenza della somma assicurata annua di rimborso - le eventuali spese per tickets sanitari rimasti a carico dell'assistito.

A.4) LENTI A CONTATTO ED OCCHIALI DA VISTA

1. Vengono liquidate le spese sostenute per l'acquisto di un solo paio di occhiali da vista completi o lenti a contatto fino a un rimborso massimo di Euro 50,00 per assistito.

2. Le lenti corneali mono uso, lenti quindicinali, mensili e trimestrali o similari non sono liquidabili.

3. La liquidazione delle spese di cui sopra sarà effettuato una sola volta per anno finanziario.

4. In caso di lenti a contatto è necessario che sia specificato il tipo di lente.

5. La richiesta di liquidazione deve essere accompagnata anche dalla prescrizione rilasciata dall'oculista o dall'ottico, intestata all'assistito, debitamente firmata e timbrata; in alternativa, è sufficiente che il documento di spesa indichi le diottrie riportate nella prescrizione medica.

A.5) CURE ODONTOIATRICHE

Vengono rimborsate fino alla concorrenza della somma di Euro 515,00 per anno finanziario le spese sostenute per visite, ricoveri, cure e protesi dentarie, tac, ortopantomografie, dentascan, con esclusione dei bytes.

Non sono riconosciute prestazioni ortodontiche (ad esempio visite ortodontiche, tac ortodontiche, ortopantomografie ortodontiche, dentascan per cure e protesi ortodontiche).

Il ciclo di cura deve cominciare e finire nello stesso anno finanziario.

a) In regime di assistenza diretta

Nel caso di prestazioni effettuate da strutture convenzionate ed eseguite da medici convenzionati, le spese per le prestazioni erogate all'assistito vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture stesse, con applicazione di una franchigia di Euro 155,00 per anno finanziario, fino alla concorrenza del massimale.

b) In regime di assistenza rimborsuale

Le spese sostenute vengono rimborsate all'assistito con l'applicazione di una franchigia di Euro 155,00 per anno finanziario.

Saranno inoltre rimborsati i tickets per le cure odontoiatriche, nel limite del massimale sopraindicato.

Eventuali fatture per protesi rilasciate da odontotecnici saranno rimborsate solo se collegate a fatture di medici odontoiatri.

Alla fattura di acconto, ai fini del rimborso, dovrà sempre seguire la fattura di saldo riferita allo stesso anno finanziario.

È previsto il rimborso delle prestazioni solo a ricevimento delle fatture a saldo.

A.6) ABLAZIONE DEL TARTARO

a) In regime di assistenza diretta

Nel caso di prestazioni effettuate da strutture convenzionate ed eseguite da medici convenzionati, le spese per le prestazioni erogate all'assistito vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture stesse senza applicazione di scoperti o franchigie, ad eccezione delle garanzie che prevedono specifici limiti. Sono riconosciute al dipendente/pensionato al massimo 2 ablazioni per anno finanziario.

b) In regime di assistenza rimborsuale

E' riconosciuto al dipendente/pensionato un rimborso sino ad Euro 45,00 per prestazione e sino ad un massimo di 2 ablazioni per anno finanziario.

Opzione PLUS

La presente opzione prevede la copertura assistenziale del dipendente/pensionato e del relativo nucleo familiare⁴.

I costi per l'opzione plus (che comprendono quindi anche la copertura del nucleo familiare) sono i seguenti:

- a carico del dipendente: €720,00 annui
- a carico del pensionato: €992,00 annui

A. ELENCO DELLE PRESTAZIONI EROGABILI

- 1) Grandi Interventi Chirurgici a pagamento
- 2) Grandi Interventi Chirurgici ASL
- 3) Ricoveri ordinari a pagamento con intervento chirurgico
- 4) Ricoveri ordinari a pagamento senza intervento chirurgico
- 5) Ricoveri ordinari ASL con intervento chirurgico
- 6) Ricoveri ordinari ASL senza intervento chirurgico
- 7) Ricoveri tipo day hospital con intervento chirurgico
- 8) Ricoveri parto non cesareo
- 9) Pre/Post Grandi Interventi Chirurgici
- 10) Pre/Post Ricoveri ordinari a pagamento
- 11) Pre/Post Ricoveri ordinari ASL

⁴ Coniuge e figli a carico (figli di età inferiore ai 18 anni, figli di età inferiore ai 21 anni che frequentino una scuola media superiore o altro corso di studi assimilabili, limitatamente alla durata del corso medesimo, figli di età inferiore ai 26 anni che frequentino l'università od altro corso di studio assimilabile alla durata del corso legale, figli senza alcun limite di età, che si trovino per grave infermità fisica o mentale nell'assoluta permanente impossibilità di svolgere un proficuo lavoro).

- 12) Pre/Post Oncologici
- 13) Post day hospital ASL Oncologico
- 14) Polispecialistica
- 15) Occhiali
- 16) Tickets
- 17) Cure Odontoiatriche
- 18) Ablazione del tartaro
- 19) IPM (solo per il dipendente)

A.1) PER I “RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO” - PRESTAZIONI DA 3) A 8) E DA 10) A 13) -

In caso di ricovero in Istituto di Cura reso necessario da malattia o infortunio vengono rimborsate le spese sostenute per:

- 1) per assistenza e prestazioni mediche, onorari per visite mediche;
- 2) per analisi di laboratorio ed esami diagnostici;
- 3) per èquipe operatoria, anestesista, diritti di sala operatoria, materiali di intervento (compresi apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento), tutori ortopedici (sostitutivi del gesso) applicati prima della dimissione dalla casa di cura;
- 4) per medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- 5) per rette di degenza con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisore, telefono, ecc.;
- 6) per parto cesareo, interruzione di gravidanza post-traumatica o spontanea;
- 7) per parto non cesareo (comprese spese ostetriche) e interruzione di gravidanza terapeutica fino al limite massimo onnicomprensivo di Euro 275,00 per evento senza franchigia;
- 8) nei 60 giorni precedenti il ricovero con pernottamento e nei 90 giorni successivi il ricovero con pernottamento escluso il ricovero Day-Hospital (degenza diurna che non comporti pernottamento);
- 9) nei 60 giorni precedenti il ricovero e nei 210 giorni dopo il ricovero per le malattie oncologiche. E' compreso il Day-Hospital e il Day-Surgery per Malattie Oncologiche;
- 10) per assistenza e prestazioni mediche, onorari per visite mediche;
- 11) per agopuntura se praticata da medici;
- 12) per analisi di laboratorio ed esami diagnostici;
- 13) per interventi chirurgici ambulatoriali;
- 14) per medicinali, allegando la prescrizione medica, le fustelle e gli scontrini fiscali delle farmacie;
- 15) per terapia psicologica in seguito a trattamento chemioterapico per malattia oncologica;
- 16) per trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere) se conseguenti ad infortunio o intervento chirurgico, effettuati da fisioterapisti o centri specialistici di fisioterapia;
- 17) per rimborso dei seguenti tickets (con esclusione delle esenzioni):
- 18) analisi di laboratorio;
- 19) esami diagnostici;
- 20) visite specialistiche;
- 21) trattamenti fisioterapici e rieducativi, se conseguenti ad infortunio o intervento chirurgico;
- 22) per trasporto in ambulanza del paziente per il ricovero nell'Istituto di Cura e da questo al domicilio, fino al limite del 5% del massimo rimborsabile;
- 23) per interruzione di gravidanza post-traumatica spontanea;

- 24) per interventi chirurgici in Day-Hospital;
- 25) per trattamenti di terapia citostatica o antitumorale anche a domicilio in Day-Hospital;
- 26) in tickets relative a prestazioni di fisioterapia effettuata tramite il Servizio Sanitario Nazionale, se effettuata nei 90 giorni successivi un ricovero in Day-Surgery ASL (ricoveri con intervento in struttura pubblica)

Massimale

Per le prestazioni da 3) a 4) e da 6) a 7), la copertura è prestata fino alla concorrenza della somma di € 77.500,00, da intendersi quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare, incluso il dipendente/pensionato, nell'ambito di ogni annualità.

Per le malattie oncologiche (Ricoveri e Pre/Post), la copertura è prestata fino alla concorrenza della somma di € 77.500,00 per nucleo, incluso il dipendente/pensionato, nell'ambito di ogni annualità.

Il primo e l'ultimo giorno di ricovero vengono conteggiati come un solo giorno, ed inoltre il 1° giorno di degenza determinerà l'anno finanziario d'imputazione.

Indennità sostitutiva

In caso di ricovero ospedaliero con pernottamento senza presentazione di spesa verrà corrisposta una indennità di Euro 55,00 per ogni notte di ricovero con un massimo di 90 giorni per anno finanziario e per persona, e per ogni pernottamento.

Franchigie e scoperti

a) In regime di assistenza diretta

1. Nel caso di prestazioni effettuate presso strutture convenzionate ed eseguite da medici convenzionati, le spese per le prestazioni erogate all'assistito vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture stesse.

Per le spese relative a "Ricoveri tipo day hospital con intervento chirurgico" e a "Pre/Post Ricoveri ordinari" è prevista l'applicazione a carico dell'assistito di uno scoperto del 25% con un minimo di 160,00 euro per evento.

2. Con riferimento alle spese sostenute per diverse prestazioni è prevista l'applicazione a carico dell'assistito di uno scoperto del 25% con un minimo di 800,00 euro per evento.

3. Per le malattie oncologiche, si applicano le franchigie di cui al comma precedente, tenendo conto che le degenze per terapie di malattie oncologiche con intervento non saranno soggette singolarmente a franchigia se effettuate entro i 210 giorni dalla fine della prima degenza. In caso di ricovero per terapie di malattie oncologiche senza intervento agli effetti del rimborso, si considera ricovero la prima degenza e le successive terapie non saranno singolarmente soggette a franchigia se effettuate entro i 210 giorni dalla fine della prima degenza. Per le spese relative a "Pre/Post Oncologici" non è prevista franchigia.

4. I ricoveri consequenziali e consecutivi al Ricovero con Grande Intervento, saranno considerati come "Ricoveri Ordinari".

b) In regime di assistenza rimborsuale

1. Le spese relative a "Ricoveri tipo day hospital con intervento chirurgico", a "Pre/Post Ricoveri ordinari a pagamento" e "Pre/Post Ricoveri ordinari ASL" vengono rimborsate all'assistito con l'applicazione di uno scoperto del 25% con un minimo di 160,00 euro per evento.

2. Le spese sostenute per diverse prestazioni vengono rimborsate all'assistito con l'applicazione di uno scoperto del 25% con un minimo di 800,00 euro per evento.

3. Per le malattie oncologiche, si applicano le franchigie di cui al comma precedente, tenendo conto che le degenze per terapie di malattie oncologiche con intervento non saranno soggette singolarmente a franchigia se effettuate entro i 210 giorni dalla fine della prima degenza. In caso di ricovero per terapie di malattie oncologiche senza intervento agli effetti del rimborso, si considera ricovero la prima degenza e le successive terapie non saranno singolarmente soggette a franchigia se effettuate entro i 210 giorni dalla fine della prima degenza. Per le spese relative a “Pre/Post Oncologici” non è prevista franchigia.

4. I ricoveri consequenziali e consecutivi al Ricovero con Grande Intervento, saranno considerati come “Ricoveri Ordinari”.

5. Nel caso in cui l’assistito si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente le eventuali spese per tickets sanitari rimasti a carico dell’assistito, con esclusione delle quote dovute a titolo di imposta, senza applicazione di scoperti o franchigie, ad eccezione delle garanzie che prevedono specifici limiti e fino alla concorrenza della somma assicurata annua di rimborso.

A.2) PER “GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI” – PRESTAZIONI 1), 2) E 9) -

In caso di Grande Intervento Chirurgico vengono rimborsate le spese sanitarie:

- nei 60 giorni precedenti il ricovero con pernottamento e nei 90 giorni successivi il ricovero con pernottamento;
- nei 60 giorni precedenti il ricovero e nei 210 giorni dopo il ricovero per le malattie oncologiche;
- la retta di vitto e pernottamento dell’accompagnatore col massimo di Euro 55,00 per giorno fino ad un massimo di 90 giorni per anno finanziario (tali spese dovranno essere documentate con regolare fattura o ricevuta fiscale).

Massimale

I limiti massimi di rimborso per nucleo familiare incluso il dipendente/pensionato, per evento e per anno finanziario non potranno superare la somma di Euro 155.000,00, anche con riferimento alle malattie oncologiche (Ricoveri e Pre/Post) qualificabili come Grandi interventi.

Il primo e l’ultimo giorno di ricovero vengono conteggiati come un solo giorno, ed inoltre il 1° giorno di degenza determinerà l’anno finanziario d’imputazione.

Indennità sostitutiva

In caso di ricovero ospedaliero con pernottamento senza presentazione di spesa verrà corrisposta una indennità di Euro 80,00 per ogni notte di ricovero con un massimo di 90 giorni per anno finanziario e per persona, e per ogni pernottamento.

Franchigie e scoperti

a) In regime di assistenza diretta

1. Nel caso di prestazioni eseguite presso strutture convenzionate ed effettuate da medici convenzionati, le spese per le prestazioni erogate all’assistito vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture stesse senza applicazione di scoperti o franchigie, ad eccezione delle garanzie che prevedono specifici limiti.

b) In regime di assistenza rimborsuale

1. Per le spese relative a “Grande Intervento Chirurgico” non è prevista franchigia, ad eccezione delle garanzie che prevedono specifici limiti.

.

A.3) POLISPECIALISTICA

Vengono rimborsate le spese sostenute presso studi medici o a domicilio per:

- onorari di visite specialistiche, effettuate da medici forniti di specializzazione (specializzazioni riconosciute dal Ministero dell'Istruzione), in presenza di una situazione di malattia (che significa ogni e qualsiasi alterazione dello stato di salute) o di infortunio; **per le visite neurologiche, psichiatriche, dietologiche e di chirurgia plastica occorre la diagnosi;**
- interventi chirurgici ambulatoriali effettuati da medici forniti di specializzazione, comprese le relative visite specialistiche, intendendosi per tali quelli effettuati senza ricovero, comportanti anche suture, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia, diatermocoagulazione;
- parto non cesareo effettuato a domicilio purché con assistenza medica (comprese le spese ostetriche) fino a Euro 275,00 per evento;
- Amniocentesi;
- Tomografia Assiale Computerizzata (T.A.C.) con esclusione delle arcate dentarie;
- Risonanza Magnetica Nucleare (R.M.N.);
- Elettromiografia;
- Ecografia;
- Epiluminescenza;
- Mineralometria Ossea Computerizzata (M.O.C.);
- Mammografia;
- Tomoscintigrafia miocardica;
- PET (Positron Emission Tomography);
- PAP-TEST;
- RIM-PROB.

Massimale

I limiti massimi di rimborso per nucleo familiare incluso il dipendente/pensionato, per evento e per anno finanziario non potranno superare la somma di Euro 800,00.

Franchigie e scoperti

a) In regime di assistenza diretta

1. Nel caso di prestazioni eseguite presso strutture convenzionate ed effettuate da medici convenzionati, le spese per le prestazioni erogate all'assistito vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture stesse.

E' prevista a carico dell'assistito l'applicazione di uno scoperto del 30% con un minimo di Euro 26,00 per ogni prestazione.

b) In regime di assistenza rimborsuale

1. Le spese sostenute vengono rimborsate all'assistito con l'applicazione di uno scoperto del 30% con un minimo di Euro 26,00 per ogni prestazione.

2. Nel caso in cui l'assistito si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente, con esclusione delle quote dovute a titolo di imposta, senza applicazione di scoperti o franchigie, ad eccezione delle garanzie che prevedono specifici limiti e fino alla concorrenza della somma assicurata annua di rimborso - le eventuali spese per tickets sanitari rimasti a carico dell'assistito.

A.4) LENTI A CONTATTO ED OCCHIALI DA VISTA

1. Vengono liquidate le spese sostenute per l'acquisto di un solo paio di occhiali da vista completi o lenti a contatto fino a un rimborso massimo di Euro 50,00 per nucleo familiare incluso il dipendente/pensionato.
2. Le lenti corneali mono uso, lenti quindicinali, mensili e trimestrali o similari non sono liquidabili.
3. La liquidazione delle spese di cui sopra sarà effettuato una sola volta per anno finanziario.
4. In caso di lenti a contatto è necessario che sia specificato il tipo di lente.
5. La richiesta di liquidazione deve essere accompagnata anche dalla prescrizione rilasciata dall'oculista o dall'ottico, intestata all'assistito, debitamente firmata e timbrata; in alternativa, è sufficiente che il documento di spesa indichi le diottrie riportate nella prescrizione medica.

A.5) CURE ODONTOIATRICHE

Vengono rimborsate fino alla concorrenza della somma di Euro 515,00, per anno finanziario e per nucleo familiare incluso il dipendente/pensionato, le spese sostenute per visite, ricoveri, cure e protesi dentarie, tac, ortopantomografie, dentascan, con esclusione dei bytes.

Non sono riconosciute prestazioni ortodontiche (ad esempio visite ortodontiche, tac ortodontiche, ortopantomografie ortodontiche, dentascan per cure e protesi ortodontiche). Il ciclo di cura deve cominciare e finire nello stesso anno finanziario.

a) In regime di assistenza diretta

Nel caso di prestazioni effettuate da strutture convenzionate ed eseguite da medici convenzionati, le spese per le prestazioni erogate all'assistito vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture stesse, con applicazione di una franchigia di Euro 155,00 per anno finanziario, fino alla concorrenza del massimale.

b) In regime di assistenza rimborsuale

Le spese sostenute vengono rimborsate all'assistito con l'applicazione di una franchigia Euro 155,00 per anno finanziario.

Saranno inoltre rimborsati i tickets per le cure odontoiatriche, nei limite del massimale sopraindicato.

Eventuali fatture per protesi rilasciate da odontotecnici saranno rimborsate solo se collegate a fatture di medici odontoiatri.

Alla fattura di acconto, ai fini del rimborso, dovrà sempre seguire la fattura di saldo riferita allo stesso anno finanziario.

È previsto il rimborso delle prestazioni solo a ricevimento delle fatture a saldo.

A.6) ABLAZIONE DEL TARTARO

a) In regime di assistenza diretta

1. Nel caso di prestazioni effettuate da strutture convenzionate ed eseguite da medici convenzionati, le spese per le prestazioni erogate all'assistito vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture stesse senza applicazione di scoperti o franchigie, ad eccezione delle garanzie che prevedono specifici limiti. Sono riconosciute al massimo 2 ablazioni per anno finanziario e per nucleo familiare incluso il dipendente/pensionato.

b) In regime di assistenza rimborsuale

1. E' riconosciuto un rimborso sino ad Euro 45,00 per prestazione e sino ad un massimo di 2 ablazioni per anno finanziario e per nucleo familiare incluso il dipendente/pensionato.

Articolo 4. Servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli istituti di cura

1. Il Fasie rende disponibile ai propri assistiti un servizio di informazione sanitaria in merito a strutture sanitarie pubbliche e private (ubicazione e specializzazioni), farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione propedeutica ad esami diagnostici, profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero. L'assistito deve contattare la Centrale Operativa, attiva 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi.

2. Le modalità di fornitura della consulenza medica si differenziano a seconda della natura della richiesta:

a) Informazione ed orientamento medico telefonico d'urgenza

La Centrale Operativa mette a disposizione dell'assistito un esperto per un consulto telefonico immediato in relazione a richieste di consigli medico-sanitari generici e/o informazioni sul reperimento di medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale ed internazionale. Il servizio fornisce, inoltre, informazione sanitaria in merito a farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione propedeutica ad esami diagnostici, profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero. Qualora l'assistito, successivamente al predetto consulto, necessitasse di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'assistito.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'assistito necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Centrale Operativa è in grado di mettere a disposizione, tutti i giorni, 24 ore su 24, la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie.

L'équipe medica di cui la Centrale Operativa si avvale provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'assistito medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'assistito e il centro in questione ovviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua.

Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed, eventualmente, individuare le strutture più appropriate per la cura dello stesso, i medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'assistito.

c) Consulenza telefonica medico specialistica

Quando l'Assistito necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali questi può conferire direttamente, a disposizione, tutti i giorni 24 ore su 24, per ricevere informazioni di prima necessità.

Articolo 5. Servizio di trasporto in autoambulanza, trasferimento in istituto di cura, rientro dall'istituto di cura e trasporto post ricovero(in Italia)

1. Il servizio è erogato in favore dell'assistito che, a seguito di infortunio o malattia, necessita di usufruire di trasporto "programmato" in autoambulanza presso l'Istituto di cura dall'istituto di cura dove intende ricoverarsi, il trasporto dall'Istituto di cura ad un diverso centro presso il quale deve svolgere ulteriori interventi o terapie e/o il rientro da tale Istituto alla propria residenza.

L'assistito deve contattare preventivamente la Centrale Operativa, attiva 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi.

Il Fondo terrà a proprio carico i costi sino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 Km di percorso complessivo (andata e ritorno).

Articolo 6. Servizio di guardia medica permanente

1. Il Fasiè rende disponibile ai propri assistiti il servizio di Guardia Medica Permanente, attivo 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi, che consente, attraverso un presidio medico continuativo, di ricevere un riscontro costante nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria).

Articolo 7. Servizio di Assistenza Domiciliare

1. Il Fasiè rende disponibile ai propri assistiti delle reti assistenziali per la gestione delle urgenze e per i casi di forzata immobilità. Le reti sono costituite da: medici specialistici, fisioterapisti, infermieri, operatori socio-assistenziali, medici agopuntori, omeopati, ottici per un totale di oltre 2.000 operatori sanitari qualificati.

L'attivazione del servizio deve avvenire attraverso il preventivo contatto con la Centrale Operativa che si occupa della gestione e dell'organizzazione di tutte le attività connesse con l'intervento richiesto. L'Assistenza Domiciliare può fornire svariate prestazioni a contenuto sanitario, quali prestazioni mediche da parte dei medici di medicina generale, prestazioni infermieristiche, compresi prelievi ematici da parte di personale qualificato, prestazioni di medicina specialistica da parte degli specialisti dell'Azienda Sanitaria Locale dipendenti o in convenzione, prestazioni riabilitative e di recupero psico-fisico, erogate da terapisti della riabilitazione o logopedisti, supporto di tipo psicologico, purché finalizzato al recupero socio-sanitario. Tali prestazioni sanitarie possono essere aggregate nei seguenti servizi:

- Ospedalizzazione domiciliare post ricovero
- Invio di un medico post ricovero
- Invio di un infermiere post ricovero
- Invio di un fisioterapista post ricovero
- Esami al domicilio post ricovero
- Esiti al domicilio post ricovero
- Farmaci urgenti al domicilio post ricovero
- Spesa a domicilio / commissioni post ricovero

Il servizio è erogato 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi.

Il costo del servizio e delle prestazioni ricevute sono a totale carico dell'assistito e non sono rimborsabili dal Fasiè.

ALLEGATO A) AL NOMENCLATORE/TARIFFARIO DEL FONDO FASIE

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CRANIO

(Vedi anche Chirurgia del Sistema Nervoso Centrale e Periferico)

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.

FACCIA E BOCCA

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario ed anche senza.

COLLO

- Tiroidectomia subtotali per neoplasie maligne e totale anche per forme non neoplastiche.
- Resezione dell' esofago cervicale.

TORACE

- Resezione segmentaria e lobectomia.
- Pneumectomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Interventi per fistole bronchiali - cutanee.

CHIRURGIA CARDIACA

- Pericardiectomia parziale o totale.
- Sutura del cuore per ferite.
- Interventi per corpi estranei nel cuore.
- Interventi per malformazioni del cuore e dei grossi vasi endotoracici.
- Commissurotomia (per stenosi mitralica).
- Operazioni per embolia dell' arteria polmonare.
- Tutti i nuovi interventi di chirurgia cardiaca: es. sostituzioni valvolari, by-pass aorto-coronari.

ESOFAGO

(Vedi anche otorinolaringoiatria).

- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post operatoria.
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne.
- Idem per tumori: resezioni parziali basse.
- Idem per tumori: resezioni parziali alte.
- Idem per tumori: resezioni totali.
- Esofagoplastica.

STOMACO-DUODENO

- Resezione gastrica.
- Gastrectomia totale.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica.
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.

INTESTINO

- Colectomia totale, emicolectomie e resezioni del colon.

- Interventi per asportazione di tratti di tenue per affezioni varie.

RETTO - ANO

- Amputazione del retto per via addomino-perineale ed anche altre vie: in un tempo.
- Idem in più tempi.

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezione epatica.
- Epatico e coledocotomia.
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.

PANCREAS - MILZA

- Interventi per necrosi acuta del pancreas.
- Interventi per cisti e pseudo cisti:
 - a) enucleazione delle cisti
 - b) marsupializzazione
 - c) interventi di derivazione interna.
- Interventi per fistole pancreatiche.
- Interventi demolitivi sul pancreas:
 - a) totale o della testa
 - b) della coda
- Splenectomia.
- Anastomosi porta-cava, spleno-renale ed altre anastomie portosistemiche.

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche.
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta.
- Operazioni per encefalo-meningocele.
- Lobotomia ed altri interventi similari.
- Talamotomia - pallidotomia ed altri interventi similari.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie ed altre affezioni meningomidollari, radicotomie.
- Neurotomia retrogasseriana sezione intracranica di altri nervi.

SIMPATICO E VAGO

- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici.
- Surrenectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale.

CHIRURGIA VASALE

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache.
- Operazioni sull'aorta toracica e sull'aorta addominale.
- Interventi per ostruzioni arteriose in tutti i settori.
- Angioplastica coronarica.
- Stent coronarici e/o vascolari.

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico o policistico (lobectomia, pneumonectomia).

- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale, o per altri motivi, resezione con anastomosi primitiva.
- Megauretere:
 - a) resezione con reimpianto
 - b) resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson.
- Ernie diaframmatiche.

ARTICOLAZIONI

- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomy.
- Interventi di artroprotesi.

UROLOGIA

- Interventi per fistola vescico-rettale.
- Interventi per estrofia della vescica.
- Cistectomia totale con ureterosigmoidostomia e con altri tipi di ricostruzione.
- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Interventi per stenosi ureterali.

APPARATO GENITALE MASCHILE

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia.
- Prostatectomia radicale.

GINECOLOGIA

- Panisterectomia radicale per via addominale per tumori maligni.
- Isterectomia radicale.

OTORINOLARINGOIATRIA

Naso

- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale.

Laringe

- Laringectomia totale.
- Faringolaringectomia.
- Parotidectomie.
- Interventi sull'orecchio medio.

TRAPIANTI D'ORGANO

- Tipizzazioni per trapianti.