



PIANO SANITARIO

FASIE

Piazzale Luigi Sturzo 31 - 00144 ROMA

P.IVA 97524520588



| | |
|---|-----------|
| SEZIONE I – DISPOSIZIONI GENERALI | 5 |
| FINALITÀ DEL DOCUMENTO | 5 |
| LE OPZIONI SANITARIE | 5 |
| TIPOLOGIE DI PRESTAZIONI E MODALITÀ DI RIMBORSO | 5 |
| EROGAZIONE IN FORMA DIRETTA..... | 5 |
| EROGAZIONE IN FORMA INDIRETTA | 7 |
| MODALITA' E TEMPI DI PRESENTAZIONE..... | 7 |
| ALTRA ASSICURAZIONE E RESPONSABILITA' DI TERZI | 8 |
| ESTENSIONE TERRITORIALE | 8 |
| CONTROLLI SANITARI | 8 |
| SEZIONE II – LE OPZIONI SANITARIE | 9 |
| OPZIONE BASE..... | 9 |
| QUOTA CONTRIBUTIVA..... | 9 |
| COPERTURA SANITARIA | 9 |
| A. RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI e RICOVERI ORDINARI CON INTERVENTO | 9 |
| B. PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO | 10 |
| C. INDENNITÀ SOSTITUTIVA | 11 |
| D. ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA..... | 11 |
| E. INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA | 11 |
| OPZIONE STANDARD | 12 |
| QUOTA CONTRIBUTIVA..... | 12 |
| COPERTURA SANITARIA | 12 |
| A. RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI..... | 12 |
| B. RICOVERI ORDINARI con o senza intervento chirurgico anche in regime di Day-Hospital..... | 13 |
| C. PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO | 14 |
| D. INDENNITÀ SOSTITUTIVA..... | 15 |
| E. POLISPECIALISTICA | 15 |
| F. LENTI A CONTATTO ED OCCHIALI DA VISTA | 16 |
| G. TICKET..... | 16 |



| | |
|--|-----------|
| H. ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA..... | 16 |
| I. INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA | 16 |
| OPZIONE EXTRA..... | 17 |
| QUOTA CONTRIBUTIVA | 17 |
| COPERTURA SANITARIA | 17 |
| A. RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI | 17 |
| B. RICOVERI ORDINARI con o senza intervento chirurgico anche in regime di Day-Hospital..... | 18 |
| C. PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO | 19 |
| D. INDENNITÀ SOSTITUTIVA | 20 |
| E. POLISPECIALISTICA | 20 |
| F. LENTI A CONTATTO ED OCCHIALI DA VISTA | 21 |
| G. TICKET..... | 21 |
| H. CURE ODONTOIATRICHE | 21 |
| I. ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA | 22 |
| J. INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA..... | 22 |
| OPZIONE PLUS..... | 23 |
| QUOTA CONTRIBUTIVA | 23 |
| COPERTURA SANITARIA..... | 23 |
| A. RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI | 23 |
| B. RICOVERI ORDINARI con o senza intervento chirurgico anche in regime di Day-hospital | 24 |
| C. PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO | 25 |
| D. INDENNITÀ SOSTITUTIVA | 26 |
| E. POLISPECIALISTICA | 26 |
| F. LENTI A CONTATTO ED OCCHIALI DA VISTA | 27 |
| G. TICKET..... | 27 |
| H. CURE ODONTOIATRICHE | 27 |
| I. ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA | 28 |
| J. INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA..... | 28 |
| OPZIONE LAMPADE E VETRO | 29 |
| QUOTA CONTRIBUTIVA | 29 |



| | |
|---|-----------|
| LIMITI DI ADESIONE E PERMANENZA NEL FONDO..... | 29 |
| COPERTURA SANITARIA | 29 |
| A. RICOVERI CON INTERVENTO anche in regime di Day-Hospital..... | 29 |
| B. RICOVERO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO anche in regime di Day-Hospital | 30 |
| C. PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO | 31 |
| D. INDENNITA' SOSTITUTIVA..... | 32 |
| E. ALTA SPECIALIZZAZIONE..... | 32 |
| F. VISITE SPECIALISTICHE | 33 |
| G. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI (da malattia o infortunio sul lavoro)..... | 34 |
| H. PREVENZIONE DELLA SINDROME METABOLICA | 34 |
| I. GRANDI INTERVENTI ODONTOIATRICI | 35 |
| J. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE..... | 35 |
| K. ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA | 36 |
| SERVIZIO DI ASSISTENZA IN EMERGENZA..... | 37 |
| ALLEGATI | 39 |
| ALLEGATO A - ELENCO GRANDI INTERVENTI: OPZIONE BASE, STANDARD, EXTRA E PLUS..... | 39 |
| ALLEGATO B - ELENCO GRANDI INTERVENTI: OPZIONE LAMPADE E VETRO | 42 |
| ALLEGATO C - ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA..... | 46 |



SEZIONE I – DISPOSIZIONI GENERALI

FINALITÀ DEL DOCUMENTO

In linea con le disposizioni normative previste nel Regolamento, il presente documento disciplina le tipologie di prestazioni rimborsabili, le forme di erogazione delle prestazioni (diretta/indiretta), le tempistiche e il concorso del FASIE nel rimborso delle prestazioni sanitarie nelle singole Opzioni.

Nel presente documento con il termine “prestazioni” si intende sia il rimborso delle spese sanitarie sostenute e documentate dall’Assistito, sia l’insieme dei servizi resi.

LE OPZIONI SANITARIE

A seconda del settore di appartenenza il lavoratore può scegliere le Opzioni Sanitarie in base al seguente schema:

| SETTORE | OPZIONI SANITARIE | | | | |
|---------------------|-------------------|----------|-------|------|-----------------|
| | BASE | STANDARD | EXTRA | PLUS | VETRO E LAMPADE |
| Energia e Petrolio | x | x | x | x | |
| Acqua e Gas | x | x | x | x | |
| Industrie Ceramiche | | x | x | x | |
| Vetro e Lampade | | x | x | x | x |

TIPOLOGIE DI PRESTAZIONI E MODALITÀ DI RIMBORSO

Le tipologie di prestazioni sanitarie rimborsabili sono individuate in ciascuna delle Opzioni Sanitarie.

Il concorso del Fondo è escluso per quanto non espressamente indicato nel presente documento e dall’Articolo 13 del Regolamento.

I massimali si intendono calcolati su base annua con decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre di ciascun anno. Per gli assistiti che acquisiscono nel corso dell’anno solare la qualità di iscritti al FASIE, il rimborso avverrà in proporzione ai contributi versati.

È possibile usufruire del rimborso delle prestazioni mediante due modalità FORMA DIRETTA e FORMA INDIRETTA.

EROGAZIONE IN FORMA DIRETTA

E’ riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate da Strutture Sanitarie convenzionate. Tale modalità prevede il pagamento da parte del Fondo direttamente alla Struttura, ad eccezione di eventuali franchigie e/o scoperti a carico dell’Assistito.

Per poter usufruire di prestazioni in regime di assistenza diretta, l’Assistito deve richiedere alla Centrale Operativa preventiva Autorizzazione, in particolare per:

- a) ricoveri con o senza intervento
- b) visite specialistiche, accertamenti diagnostici e prestazioni extra-ospedaliere

L’Autorizzazione deve essere richiesta dall’Assistito almeno 48 ore lavorative prima della data di effettuazione della prestazione alla Centrale Operativa, a disposizione degli Assistiti, 24 ore su 24, 7 giorni su 7, tramite numero verde oppure accedendo all’area riservata sul sito istituzionale o scaricando



l'applicazione sul proprio smartphone o tablet, seguendo le istruzioni ivi contenute concernenti l'utilizzo di tale funzionalità.

La Centrale Operativa comunica all'Assistito l'esito della richiesta dell'Autorizzazione nelle 24 ore lavorative precedenti la data di effettuazione della prestazione.

Al fine di attivare la richiesta di Autorizzazione, unitamente ai dati anagrafici della persona che deve effettuare la prestazione, al numero di iscrizione e ad un recapito telefonico, l'Assistito deve comunicare i seguenti dati:

a) nel caso di un ricovero (con o senza intervento):

- certificato medico attestante la diagnosi e la tipologia di ricovero con eventuale descrizione della procedura chirurgica prevista, che deve essere comunque esibito in fase di accesso alla Struttura Sanitaria
- nome della Struttura e del Medico proponente il ricovero
- data e ora della prestazione

b) nel caso di visita specialistica, accertamento diagnostico o prestazione extra-ospedaliera:

- il tipo di prestazione da effettuare
- la diagnosi e/o il quesito diagnostico, come indicato nel certificato medico. Ove necessario, la Centrale Operativa si riserva di richiedere all'Assistito l'invio a mezzo fax del certificato medico, che dovrà essere comunque esibito in fase di accesso alla Struttura Sanitaria.
- data e ora della prestazione

La Centrale Operativa, effettuate le opportune verifiche, autorizza la Struttura convenzionata all'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta, evidenziando eventuali spese a carico dell'Assistito non previste dall'Opzione Sanitaria prescelta e inviando contestualmente all'Assistito comunicazione dell'avvenuta Autorizzazione.

Analogamente, viene inviata una comunicazione all'Assistito e alla Struttura Convenzionata nel caso in cui l'Autorizzazione dovesse essere negata.

In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assistito deve esibire l'Autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa o il codice di Autorizzazione ricevuto tramite SMS, il certificato medico e un documento di identità in corso di validità.

Limitatamente per i ricoveri causati da patologie/malattie in fase acuta o da lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, può essere adottata la procedura d'urgenza, senza rispettare il preavviso di 48 ore lavorative. In tal caso, l'Assistito può richiedere l'Autorizzazione entro i 5 giorni successivi all'esecuzione dell'intervento e comunque entro e non oltre la data della dimissione dalla Struttura Convenzionata. Insieme alla richiesta di Autorizzazione l'Assistito deve inviare alla Centrale Operativa una richiesta contenente l'attestazione della Struttura sanitaria dello stato di necessità ed urgenza. Nel caso di infortuni l'Assistito deve 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 al parere della Centrale Operativa.

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

Tutte le autorizzazioni rilasciate dalla Centrale Operativa sono soggette ad un periodo di validità pari a 30 giorni, decorso il quale l'Autorizzazione non è più valida.

A prestazione avvenuta, l'Assistito deve controfirmare la documentazione di spesa emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sono evidenziate quote a suo carico per eventuali scoperti, franchigie o prestazioni non contemplate dall'Opzione Sanitaria di riferimento.

Il Fondo provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della Struttura Sanitaria della documentazione di spesa e della documentazione medica (prescrizione medica, diagnosi e/o



quesito diagnostico, cartella clinica), dando contestualmente all'Assistito idonea attestazione comprovante l'avvenuta liquidazione.

In mancanza dell'Autorizzazione della Centrale Operativa, l'Assistito può sottoporsi alle cure presso la Struttura Convenzionata sostenendo il relativo onere richiedendone in seguito il rimborso, se previsto, secondo le modalità previste nella forma indiretta.

Fermo restando la necessità di ottenere preventivamente l'Autorizzazione da parte della Centrale Operativa, la prenotazione delle prestazioni può essere effettuata contattando direttamente la Struttura Convenzionata, oppure tramite la Centrale Operativa. In tal caso, quest'ultima invia all'Assistito conferma dell'avvenuta prenotazione.

EROGAZIONE IN FORMA INDIRECTA

E' prevista la possibilità di effettuare prestazioni in una qualsiasi Struttura sanitaria, richiedendo successivamente al Fondo il rimborso delle spese sostenute, secondo le modalità e le condizioni previste da ciascuna Opzione Sanitaria.

L'Assistito può richiedere il rimborso attraverso:

- la procedura online, accedendo all'area riservata del sito istituzionale o scaricando l'applicazione sul proprio smartphone o tablet, seguendo le istruzioni ivi contenute concernenti l'utilizzo di tale funzionalità.
- la modalità cartacea, compilando l'apposito modulo RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE SANITARIE o modulo DI RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE, allegando gli originali di spesa e la relativa documentazione sanitaria prevista per le singole prestazioni. Qualora la richiesta di rimborso riguardi il Titolare e/o uno o più familiari deve essere compilato un modulo per ciascun richiedente. Nel caso l'Assistito non sottoscriva l'autorizzazione al trattamento dei propri dati personali ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di privacy il Fondo non dà seguito alla richiesta di rimborso.

Il FASIE provvede 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 recapito della documentazione trasmessa.

MODALITA' E TEMPI DI PRESENTAZIONE

La documentazione di spesa e quella sanitaria devono consentire l'identificazione delle generalità dell'Assistito, delle prestazioni sanitarie di cui ha usufruito e della data in cui le stesse sono state effettuate. Il documento di spesa deve essere firmato e quietanzato.

La documentazione deve 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 a partire dalla data di dimissione dalla Struttura Sanitaria.

Il Fondo si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione ad integrazione di quella già inviata, che deve essere trasmessa entro 60 giorni dall'invio della richiesta, pena la decadenza del diritto al rimborso. Nel caso in cui non siano rispettati i tempi di cui al precedente comma, l'Assistito perde il diritto al rimborso per le spese sanitarie interessate.

Il Fondo non procede alla liquidazione delle prestazioni nei seguenti casi:

- se la documentazione fiscale non è conforme alle disposizioni tributarie o non direttamente riferibile all'Assistito
- se i documenti di spesa presentano 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
- se la fattura non è stampata su carta intestata del medico/struttura, deve riportare il timbro del medico/struttura sanitaria con relativa specializzazione medica. 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) specificando il tipo di prestazione effettuata.

- se i documenti di spesa riportano diciture generiche quali a mero titolo esemplificativo trattamenti specialistici, prestazioni specialistiche, controllo(chek-up), terapie specialistiche, consulto medico e/o documenti di spesa relativi a visite specialistiche a scopo legale.

Il Fondo effettua il pagamento a mezzo bonifico bancario direttamente sul conto corrente intestato al Titolare del vincolo assistenziale, anche per le spese che riguardano i familiari iscritti.

La data della fattura determina l'anno finanziario di imputazione con riferimento

Con riferimento alle prestazioni specialistiche il documento di spesa dovrà riferirsi ad una sola prestazione; laddove il documento riporti diverse prestazioni, per ottenere il rimborso è necessario che sia distinto il costo di ciascuna di esse.

ALTRA ASSICURAZIONE E RESPONSABILITA' DI TERZI

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 rimborsa quanto dovuto in base alla documentazione delle spese effettivamente rimaste a carico dell'Assistito, al netto di quanto corrisposto da terzi.

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

ESTENSIONE TERRITORIALE

Qualora non diversamente indicato nelle singole prestazioni o servizi, l'assistenza sanitaria è valida in tutto il mondo.

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

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della Borsa di Milano del giorno in cui sono state sostenute.

CONTROLLI SANITARI

Il Fondo si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione o di verificare, anche attraverso sanitari di propria fiducia, lo stato di malattia degli Assistiti nonché la congruità e la pertinenza delle spese per le quali viene chiesto il concorso e di limitare l'intervento a quelle ritenute giustificate.

Il rifiuto dell'Assistito a sottoporsi ai controlli richiesti determina la perdita del diritto alla prestazione, come previsto dall'Articolo 14 del Regolamento.



SEZIONE II – LE OPZIONI SANITARIE

OPZIONE BASE

QUOTA CONTRIBUTIVA

Il contributo annuale per l'OPZIONE BASE, comprensivo della copertura del nucleo familiare, è il seguente:

| TIPOLOGIA DI ASSISTITO | SETTORE | | | |
|-------------------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----------------|
| | Energia Petrolio | Gas Acqua | Industria Ceramiche | Vetro e Lampade |
| Costo Opzione | € 257,00 | € 269,00 | - | - |
| di cui a carico dell'Azienda | € 173,00 | € 130,00 | - | - |
| di cui carico del Lavoratore | € 84,00 | € 139,00 | - | - |
| Prosecutore volontario | € 233,00 | € 233,00 | € 233,00 | - |
| Nucleo Familiare | incluso* | Incluso* | Incluso* | - |

(*) la presente opzione prevede la copertura assistenziale del dipendente/prosecutore volontario del coniuge e dei figli (di età inferiore ai 26 anni)

I massimali si intendono riferiti all'intero nucleo familiare.

COPERTURA SANITARIA

Sono rimborsabili le spese sostenute a seguito di:

- A. RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI e RICOVERI ORDINARI con intervento chirurgico
- B. PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO
- C. INDENNITÀ SOSTITUTIVA
ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA
INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

A. RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI e RICOVERI ORDINARI CON INTERVENTO

I RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI (come da "Allegato A – Elenco Grandi Interventi") e i RICOVERI ORDINARI CON INTERVENTO comprendono:

- 1) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento, compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento
- 2) assistenza medica e infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero
- 3) rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono, ecc.
- 4) prelievo di organi o parte di essi, ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza
- 5) ricoveri per cure e terapie oncologiche
- 6) trasporto dell'avente diritto in ambulanza al domicilio 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 entro il limite massimo di € 520,00



MASSIMALI

Per i RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI la copertura è prestata fino alla concorrenza di:

- € 155.000,00, nell'ambito di ogni annualità

Per i RICOVERI ORDINARI CON INTERVENTO CHIRURGICO la copertura è prestata fino alla concorrenza di:

- € 77.500,00, nell'ambito di ogni annualità

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Per i RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI non è prevista franchigia, ad eccezione delle voci che prevedono specifici limiti.

Per i RICOVERI ORDINARI CON INTERVENTO CHIRURGICO è prevista la seguente franchigia:

- 25% con un minimo di € 800,00 per evento

DOCUMENTAZIONE

Per ottenere il rimborso, oltre alla fattura è necessario presentare copia della cartella clinica.

B. PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO

Per le prestazioni pre/post RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI e RICOVERI ORDINARI CON INTERVENTO sono riconosciute le spese effettuate:

- A. nei 60 giorni precedenti il ricovero (e ad esso correlate) per:
 - analisi di laboratorio
 - accertamenti diagnostici
 - visite mediche specialistiche
- B. nei 90 giorni successivi alla fine del ricovero (e ad esso correlate) per:
 - analisi di laboratorio
 - accertamenti diagnostici
 - medicinali (prescritti nella cartella clinica/scheda di dimissione ospedaliera delle dimissioni dall'ospedale/casa di cura)
 - 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)

In caso di patologie oncologiche il periodo si intende elevato a 210 giorni. In assenza di ricovero con intervento, la prima seduta per terapie oncologiche (effettuata anche in regime di Day-Hospital) è considerata come primo giorno di ricovero. Le successive terapie non saranno soggette a franchigia se effettuate entro i 210 giorni dalla prima seduta.

MASSIMALI

I massimali per le PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO rientrano nei massimali indicati per i RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI (€ 155.000,00 nell'ambito di ogni annualità) e i RICOVERI ORDINARI CON INTERVENTO (€ 77.500,00 nell'ambito di ogni annualità).

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Per le prestazioni PRE/POST RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI e per patologie oncologiche non è prevista franchigia, ad eccezione delle voci che prevedono specifici limiti.

Per le prestazioni PRE/POST RICOVERI ORDINARI CON INTERVENTO è prevista la seguente franchigia:

- 25% con un minimo di € 160,00 per evento

Nel caso di patologie oncologiche non è prevista franchigia.

DOCUMENTAZIONE

Per ottenere il rimborso, oltre alla fattura è necessario presentare prescrizione del medico.



C. INDENNITÀ SOSTITUTIVA

L'INDENNITÀ SOSTITUTIVA è riconosciuta se tutte le spese relative al ricovero, esclusi eventuali ticket, sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale. L'indennità viene corrisposta per ogni giorno di degenza (con pernottamento) per una durata massima di 90 giorni per ciascun anno solare:

- € 55,00 al giorno per RICOVERI ORDINARI
- € 80,00 al giorno per i GRANDI INTERVENTI

DOCUMENTAZIONE

Per ottenere il rimborso dell'indennità sostitutiva è necessario presentare la lettera di dimissioni ; in caso di Grandi Interventi e ricoveri superiori a 10 giorni è necessario presentare copia della cartella clinica.

D. ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA

Il FASIE prevede l'erogazione di un contributo forfetario nei casi di non-autosufficienza, ad esclusione dei lavoratori del settore Ceramiche, derivati da infortunio sul lavoro o malattia/intervento chirurgico e destinato ai Titolari del vincolo associativo, come descritto nell'Allegato C – ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA.

Il contributo per i lavoratori che applicano il CCNL Energia/Petrolio e Gas/Acqua è posticipato mensile ed è erogato nella misura di € 500,00 per un massimo di cinque anni a far data dal mese successivo all'accettazione da parte del Fondo.

Il contributo erogato per i lavoratori che applicano il CCNL Vetro/Lampade è di € 1.000,00 annui, per un massimo di tre anni a far data dal mese successivo all'accettazione da parte del Fondo.

E. INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Il FASIE prevede un indennizzo erogabile *una tantum* a seguito di invalidità permanente conseguente a malattia, ai sensi di quanto previsto dall'Articolo 15 del Regolamento.

OPZIONE STANDARD

QUOTA CONTRIBUTIVA

Il contributo annuale per l'OPZIONE STANDARD è il seguente:

| TIPOLOGIA DI ASSISTITO | SETTORE | | | |
|---|---------------------|-----------------|------------------------|--------------------|
| | Energia Petrolio | Gas Acqua | Industria Ceramiche | Vetro e Lampade |
| Costo Opzione | € 345,00 | € 357,00 | € 280,00 | € 345,00 |
| di cui a carico dell'Azienda | € 173,00 | € 130,00 | € 140,00 | € 156,00 |
| di cui carico del Lavoratore | € 172,00 | € 227,00 | € 140,00 | € 189,00 |
| Prosecutore volontario | € 542,00 | € 542,00 | € 542,00 | - |
| Nucleo Familiare | incluso * | incluso * | incluso * | - |
| Coniuge e figlio fino a 26 anni del Lavoratore | € 198,00 | € 198,00 | € 186,00 | € 198,00 |
| Altro familiare convivente del Lavoratore | € 384,00 | € 384,00 | € 372,00 | € 384,00 |
| Familiare del Prosecutore Volontario | € 494,00 | € 494,00 | € 494,00 | - |

(*) la copertura del Nucleo Familiare è prevista solo per i Ricoveri per i Grandi Interventi e per le prestazioni Pre/Post Grandi Interventi.

COPERTURA SANITARIA

Sono rimborsabili le spese sostenute a seguito di:

- A. RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI
- B. RICOVERI ORDINARI con o senza intervento chirurgico, anche in regime di Day-Hospital
- C. PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO
- D. INDENNITÀ SOSTITUTIVA
- E. POLISPECIALISTICA
- F. LENTI A CONTATTO E OCCHIALI DA VISTA
- G. TICKET
- H. ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA
- I. INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

A. RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

I ricoveri per GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (come da "Allegato A – Elenco Grandi Interventi") comprendono:

- 1) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento, compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento
- 2) assistenza medica e infermieristica, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali in corso di ricovero

- 3) rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono, ecc.
- 4) retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore entro il limite massimo di € 55,00 per giorno per un massimo di 90 giorni per anno finanziario (tali spese dovranno essere documentate con fattura o ricevuta fiscale)
- 5) prelievo di organi o parte di essi, ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza
- 6) trasporto dell'avente diritto in ambulanza al domicilio 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 entro il limite del 5% del massimale rimborsabile.

MASSIMALI

Per i RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI la copertura è prestata fino alla concorrenza della somma di € 155.000,00 per persona, nell'ambito di ogni annualità.

In caso di estensione della copertura al Nucleo Familiare il massimale si intende riferito all'intero Nucleo Familiare incluso il Titolare.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Per i RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI non è prevista franchigia, ad eccezione delle voci che prevedono specifici limiti.

I ricoveri consequenziali e consecutivi a RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI sono considerati come RICOVERI ORDINARI.

DOCUMENTAZIONE

Per ottenere il rimborso, oltre alla fattura è necessario presentare copia della cartella clinica.

B. RICOVERI ORDINARI con o senza intervento chirurgico anche in regime di Day-Hospital

I RICOVERI ORDINARI con o senza intervento chirurgico anche in regime di Day-Hospital comprendono:

- 1) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento, compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento
- 2) assistenza medica e infermieristica, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali in corso di ricovero
- 3) rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono, ecc.
- 4) per parto non cesareo (comprese spese ostetriche) e interruzione di gravidanza terapeutica fino al limite massimo omnicomprensivo di € 275,00 per evento senza franchigia
- 5) trasporto dell'avente diritto in ambulanza al domicilio 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 entro il limite del 5% del massimale rimborsabile.

MASSIMALI

Per i RICOVERI ORDINARI la copertura è prestata fino alla concorrenza della somma di € 77.500,00 per persona, nell'ambito di ogni annualità.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

In caso di RICOVERI ORDINARI, sia in forma diretta che in forma indiretta, è prevista la seguente franchigia:

- 25% con un minimo di € 800,00 per evento.

In caso di DAY-HOSPITAL CON INTERVENTO CHIRURGICO, sia in forma diretta che in forma indiretta, è prevista la seguente franchigia:

- 25% con un minimo di € 160,00 per evento.

Nel caso di ricovero per terapie oncologiche conseguente un ricovero con intervento non viene applicata franchigia se effettuato nei 210 giorni successivi al ricovero principale.



In assenza di ricovero con intervento, la prima seduta per terapie oncologiche è considerata come primo giorno di ricovero. Le successive terapie non saranno soggette a franchigia se effettuate entro i 210 giorni dalla prima seduta.

I ricoveri consequenziali e consecutivi a RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI sono considerati come RICOVERI ORDINARI.

DOCUMENTAZIONE

Per ottenere il rimborso, oltre alla fattura è necessario presentare copia della cartella clinica.

C. PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO

Per le PRESTAZIONI PRE/POST relative a RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI e RICOVERI ORDINARI CON E SENZA INTERVENTO sono riconosciute le spese effettuate:

A. nei 60 giorni precedenti il ricovero e ad esso correlate (ad esclusione dei ricoveri in Day-Hospital a degenza diurna) per:

- analisi di laboratorio
- accertamenti diagnostici
- visite mediche specialistiche

Nel caso di patologie oncologiche sono riconosciute anche le spese effettuate nei 60 giorni precedenti ricoveri in Day-Hospital (a degenza diurna).

B. nei 90 giorni successivi il ricovero e ad esso correlate (ad esclusione dei ricoveri in Day-Hospital a degenza diurna) per:

- analisi di laboratorio
- accertamenti diagnostici
- visite mediche specialistiche
- medicinali (prescritti nella cartella clinica/scheda di dimissione ospedaliera in caso di ricovero inferiore a 10 giorni all'atto delle dimissioni dall'ospedale/casa di cura) allegando la prescrizione medica, le fustelle e gli scontrini fiscali delle farmacie
- prestazioni mediche ed infermieristiche
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, se conseguenti ad infortunio o intervento chirurgico, effettuati da fisioterapisti o centri specialistici di fisioterapia
- acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche)
- cure termali (escluse le spese di natura alberghiera)
- trattamenti di terapia citostatica o antineoplastica anche a domicilio in Day-Hospital
- agopuntura se praticata da medici
- interventi chirurgici effettuati in regime ambulatoriale o di Day-Hospital
- terapia psicologica in seguito a trattamento chemioterapico per patologia oncologica

Nel caso di patologie oncologiche sono riconosciute le spese effettuate nei 210 giorni successivi a ricoveri, effettuati anche in Day-Hospital (a degenza diurna).

Le spese effettuate per le PRESTAZIONI PRE/POST relative a RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI sono riconosciute anche al Nucleo Familiare iscritto.

MASSIMALI

I massimali per le PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERI rientrano nei limiti indicati per i RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI (€ 155.000,00 nell'ambito di ogni annualità) e i RICOVERI ORDINARI (€ 77.500,00 nell'ambito di ogni annualità).

In caso di estensione della copertura al Nucleo Familiare il massimale per le PRESTAZIONI PRE/POST relative a RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI si intende riferito all'intero Nucleo Familiare incluso il Titolare.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

In caso di PRESTAZIONI PRE/POST GRANDI INTERVENTI e per RICOVERI ORDINARI, sia in forma diretta che in forma indiretta, è prevista la seguente franchigia:

- 25% con un minimo di € 160,00 per evento.

Nel caso di patologie oncologiche non è prevista franchigia.

I ricoveri consequenziali e consecutivi a RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI sono considerati come RICOVERI ORDINARI.

DOCUMENTAZIONE

Per ottenere il rimborso, oltre alla fattura è necessario presentare prescrizione del medico.

D. INDENNITÀ SOSTITUTIVA

L'INDENNITÀ SOSTITUTIVA è riconosciuta se tutte le spese relative al ricovero, esclusi eventuali ticket, sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale. L'indennità viene corrisposta per ogni giorno di degenza per una durata massima di 90 giorni, per ciascun anno solare:

- € 55,00 al giorno per RICOVERI ORDINARI
- € 80,00 al giorno per i GRANDI INTERVENTI

DOCUMENTAZIONE

Per ottenere il rimborso dell'indennità sostitutiva è necessario presentare la lettera di dimissioni ; in caso di Grandi Interventi e ricoveri superiori a 10 giorni è necessario presentare copia della cartella clinica.

E. POLISPECIALISTICA

Il Fondo rimborsa le spese sostenute presso studi medici o a domicilio per:

- 1) visite mediche specialistiche, a seguito di patologia o di infortunio. Per le visite psicologiche, neurologiche, psichiatriche, dietologiche e di chirurgia plastica (rientra in garanzie solo le prime 2 visite al fine di accertare la presenza di una eventuale patologia) è necessario che nel certificato medico sia indicata anche la diagnosi
- 2) interventi ambulatoriali effettuati da medici specialisti, comprese le relative visite specialistiche, comportanti anche suture, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia, diatermocoagulazione
- 3) parto non cesareo effettuato a domicilio purché con assistenza medica (comprese le spese ostetriche) fino a € 275,00 per evento
- 4) accertamenti diagnostici:
 - Amniocentesi
 - Ecografia
 - Elettromiografia
 - Epiluminescenza
 - Mammografia
 - Mineralometria Ossea Computerizzata (M.O.C.)
 - PAP-TEST
 - PET (Positron Emission Tomography)
 - TRIM-PROB-TEST
 - Risonanza Magnetica Nucleare (R.M.N.)
 - Tomografia Assiale Computerizzata (T.A.C.) con esclusione delle arcate dentarie
 - Tomoscintigrafia miocardica
 - Ecg con visita Cardiologica
- 5) Terapie oncologiche, se effettuate a seguito di ricovero con intervento, oltre i 210 giorni dalla data di dimissione
- 6) Pacchetto prevenzione (check-up), sono previste per ogni assistito una visita e un accertamento diagnostico che definirà annualmente il fondo

MASSIMALI

Per la POLISPECIALISTICA la copertura è prestata fino alla concorrenza della somma di € 800,00 per persona, nell'ambito di ogni annualità.



FRANCHIGIE E SCOPERTI

E' prevista a carico dell'Assistito l'applicazione di uno scoperto del 30% con un minimo di € 26,00 per ogni prestazione, ad eccezione delle spese per ticket sanitari e per le terapie oncologiche.

DOCUMENTAZIONE

Per ottenere il rimborso è necessario presentare la fattura o la ricevuta fiscale dove figurino il nome e la specializzazione del medico, detto documento dovrà riportare il tipo di prestazione effettuata. La carta intestata dello specialista può essere sostituita con quella dell'Istituto di Cura pubblico, privato o Centro specializzato ove la visita sia avvenuta.

Fatto salvo per gli interventi ambulatoriali dove è sempre necessario indicare il medico (con nome e specializzazione) che ha effettuato l'intervento, la prescrizione o il referto con la patologia.

F. LENTI A CONTATTO ED OCCHIALI DA VISTA

Il Fondo rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di un solo paio di occhiali da vista completi o lenti a contatto semestrali o annuali fino ad un massimo di € 50,00 per Assistito per anno finanziario.

DOCUMENTAZIONE

Per ottenere il rimborso è necessario presentare la fattura accompagnata dalla prescrizione del medico oculista o dell'ottico optometrista oppure che la fattura riporti l'indicazione del difetto visivo.

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

G. TICKET

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga di una Struttura del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa esclusivamente le spese per ticket sanitari, con esclusione delle quote dovute a titolo di imposta (quota fissa e quota ricetta, ecc.), senza applicazione di scoperti o franchigie, fino alla concorrenza dei singoli massimali.

I Ticket rimborsabili sono:

- 1) analisi di laboratorio
- 2) accertamenti diagnostici
- 3) visite specialistiche
- 4) prestazioni fisioterapiche conseguenti ad infortunio o intervento chirurgico

I ticket rientrano nel massimale della polispecialistica.

H. ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA

Il FASIE prevede l'erogazione di un contributo forfetario nei casi di non-autosufficienza, ad esclusione dei lavoratori del settore Ceramiche, derivati da infortunio sul lavoro o malattia/intervento chirurgico e destinato ai Titolari del vincolo associativo, come descritto nell'Allegato C – ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA.

Il contributo per i lavoratori che applicano il CCNL Energia/Petrolio e Gas/Acqua è posticipato mensile ed è erogato nella misura di € 500,00 per un massimo di cinque anni a far data dal mese successivo all'accettazione da parte del Fondo.

Il contributo erogato per i lavoratori che applicano il CCNL Vetro/Lampade è di € 1.000,00 annui, per un massimo di tre anni a far data dal mese successivo all'accettazione da parte del Fondo.

I. INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Il FASIE prevede un indennizzo erogabile *una tantum* a seguito di invalidità permanente conseguente a malattia, ai sensi di quanto previsto dall'Articolo 15 del Regolamento.



OPZIONE EXTRA

QUOTA CONTRIBUTIVA

Il contributo annuale per l'OPZIONE EXTRA è il seguente:

| TIPOLOGIA DI ASSISTITO | SETTORE | | | |
|---|------------------|-----------------|---------------------|-----------------|
| | Energia Petrolio | Gas Acqua | Industria Ceramiche | Vetro e Lampade |
| Costo Opzione | € 495,00 | € 507,00 | € 435,00 | € 495,00 |
| di cui a carico dell'Azienda | € 173,00 | € 130,00 | € 140,00 | € 156,00 |
| di cui carico del Lavoratore | € 322,00 | € 377,00 | € 295,00 | € 339,00 |
| Prosecutore volontario | € 810,00 | € 810,00 | € 810,00 | - |
| Nucleo Familiare | incluso * | incluso * | incluso * | - |
| Coniuge e figlio fino a 26 anni del Lavoratore | € 198,00 | € 198,00 | € 186,00 | € 198,00 |
| Altro familiare convivente del Lavoratore | € 384,00 | € 384,00 | € 372,00 | € 384,00 |
| Familiare del Prosecutore Volontario | € 494,00 | € 494,00 | € 494,00 | - |

(*) la copertura del Nucleo Familiare è prevista solo per i Ricoveri per i Grandi Interventi e per le prestazioni Pre/Post Grandi Interventi.

COPERTURA SANITARIA

Sono rimborsabili le spese sostenute a seguito di:

- A. RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI
- B. RICOVERI ORDINARI con o senza intervento chirurgico, anche in regime di Day-Hospital
- C. PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO
- D. INDENNITÀ SOSTITUTIVA
- E. POLISPECIALISTICA
- F. LENTI A CONTATTO E OCCHIALI DA VISTA
- G. TICKET
- H. CURE ODONTOIATRICHE
- I. ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA
- J. INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

A. RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

I ricoveri per GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (come da "Allegato A – Elenco Grandi Interventi") comprendono:

- 1) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento, compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento

- 2) assistenza medica e infermieristica, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali in corso di ricovero
- 3) rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono, ecc.
- 4) retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore entro il limite massimo di € 55,00 per giorno per un massimo di 90 giorni per anno finanziario (tali spese dovranno essere documentate con fattura o ricevuta fiscale)
- 5) prelievo di organi o parte di essi, ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza
- 6) 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 entro il limite del 5% del massimale rimborsabile.

MASSIMALI

Per i RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI la copertura è prestata fino alla concorrenza della somma di € 155.000,00 per persona, nell'ambito di ogni annualità.

In caso di estensione della copertura al Nucleo Familiare il massimale si intende riferito all'intero Nucleo Familiare incluso il Titolare.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Per i RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI non è prevista franchigia, ad eccezione delle voci che prevedono specifici limiti.

I ricoveri consequenziali e consecutivi a RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI sono considerati come RICOVERI ORDINARI.

DOCUMENTAZIONE

Per ottenere il rimborso, oltre alla fattura è necessario presentare copia della cartella clinica.

B. RICOVERI ORDINARI con o senza intervento chirurgico anche in regime di Day-Hospital

I RICOVERI ORDINARI con o senza intervento chirurgico anche in regime di Day-Hospital comprendono:

- 1) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento, compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento
- 2) assistenza medica e infermieristica, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali in corso di ricovero
- 3) rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono, ecc.
- 4) per parto non cesareo (comprese spese ostetriche) e interruzione di gravidanza terapeutica fino al limite massimo omnicomprensivo di € 275,00 per evento senza franchigia
- 5) 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 entro il limite del 5% del massimale rimborsabile.

MASSIMALI

Per i RICOVERI ORDINARI la copertura è prestata fino alla concorrenza della somma di € 77.500,00 per persona, nell'ambito di ogni annualità.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

In caso di RICOVERI ORDINARI, sia in forma diretta che in forma indiretta, è prevista la seguente franchigia:

- 25% con un minimo di € 800,00 per evento.

In caso di DAY-HOSPITAL CON INTERVENTO CHIRURGICO, sia in forma diretta che in forma indiretta, è prevista la seguente franchigia:

- 25% con un minimo di € 160,00 per evento.

Nel caso di ricovero per terapie oncologiche conseguente un ricovero con intervento non viene applicata franchigia se effettuato nei 210 giorni successivi al ricovero principale.

In assenza di ricovero con intervento, la prima seduta per terapie oncologiche (effettuata anche in regime di Day-Hospital) è considerata come primo giorno di ricovero. Le successive terapie non sono soggette a franchigia se effettuate entro i 210 giorni dalla prima seduta.

I ricoveri consequenziali e consecutivi a RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI sono considerati come RICOVERI ORDINARI.

DOCUMENTAZIONE

Per ottenere il rimborso, oltre alla fattura è necessario presentare copia della cartella clinica.

C. PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO

Per le PRESTAZIONI PRE/POST relative a RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI e RICOVERI ORDINARI CON E SENZA INTERVENTO sono riconosciute le spese effettuate:

A. nei 60 giorni precedenti il ricovero e ad esso correlate (ad esclusione dei ricoveri in Day-Hospital a degenza diurna) per:

- analisi di laboratorio
- accertamenti diagnostici
- visite mediche specialistiche

Nel caso di patologie oncologiche sono riconosciute anche le spese effettuate nei 60 giorni precedenti ricoveri in Day-Hospital (a degenza diurna).

B. nei 90 giorni successivi il ricovero e ad esso correlate (ad esclusione dei ricoveri in Day-Hospital a degenza diurna) per:

- analisi di laboratorio
- accertamenti diagnostici
- visite mediche specialistiche
- medicinali (prescritti nella cartella clinica/scheda di dimissione ospedaliera in caso di ricovero inferiore a 10 giorni all'atto delle dimissioni dall'ospedale/casa di cura) allegando la prescrizione medica, le fustelle e gli scontrini fiscali delle farmacie
- prestazioni mediche ed infermieristiche
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, se conseguenti ad infortunio o intervento chirurgico, effettuati da fisioterapisti o centri specialistici di fisioterapia
- acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche)
- cure termali (escluse le spese di natura alberghiera)
- trattamenti di terapia citostatica o antiblastica anche a domicilio in Day-Hospital
- agopuntura se praticata da medici
- interventi chirurgici effettuati in regime ambulatoriale o di Day-Hospital
- terapia psicologica in seguito a trattamento chemioterapico per patologia oncologica

Nel caso di patologie oncologiche sono riconosciute le spese effettuate nei 210 giorni successivi a ricoveri effettuati anche in Day-Hospital (a degenza diurna).

Le spese effettuate per le PRESTAZIONI PRE/POST relative a RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI sono riconosciute anche al Nucleo Familiare iscritto.

MASSIMALI

I massimali per le PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERI rientrano nei massimali indicati per i RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI (€ 155.000,00 nell'ambito di ogni annualità) e i RICOVERI ORDINARI CON INTERVENTO (€ 77.500,00 nell'ambito di ogni annualità).

In caso di estensione della copertura al Nucleo Familiare il massimale per le PRESTAZIONI PRE/POST relative a RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI si intende riferito all'intero Nucleo Familiare incluso il Titolare.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

In caso di PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERI ORDINARI CON O SENZA INTERVENTO, sia in forma diretta che in forma indiretta, è prevista la seguente franchigia:

- 25% con un minimo di € 160,00 per evento.

Nel caso di patologie oncologiche non è prevista franchigia.

I ricoveri consequenziali e consecutivi a RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI saranno considerati come RICOVERI ORDINARI.

DOCUMENTAZIONE

Per ottenere il rimborso, oltre alla fattura è necessario presentare prescrizione del medico.

D. INDENNITÀ SOSTITUTIVA

L'INDENNITÀ SOSTITUTIVA è riconosciuta se tutte le spese relative al ricovero, esclusi eventuali ticket, sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale. L'indennità viene corrisposta per ogni giorno di degenza per una durata massima di 90 giorni, per ciascun anno solare:

- € 55,00 al giorno per RICOVERI ORDINARI
- € 80,00 al giorno per i GRANDI INTERVENTI

DOCUMENTAZIONE

Per ottenere il rimborso dell'indennità sostitutiva è necessario presentare la scheda di dimissioni ospedaliera (SDO); in caso di Grandi Interventi e ricoveri superiori a 10 giorni è necessario presentare copia della cartella clinica.

E. POLISPECIALISTICA

Il Fondo rimborsa le spese sostenute presso studi medici o a domicilio per:

- 1) visite mediche specialistiche, a seguito di patologia o di infortunio. Per le visite neurologiche, psichiatriche, dietologiche e di chirurgia plastica (rientra in garanzia solo le prime 2 visite al fine di accertare la presenza di una eventuale patologia) è necessario che nel certificato medico sia indicata anche la diagnosi
- 2) interventi ambulatoriali effettuati da medici specialisti, comprese le relative visite specialistiche, comportanti anche suture, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia, diatermocoagulazione
- 3) parto non cesareo effettuato a domicilio purché con assistenza medica (comprese le spese ostetriche) fino a € 275,00 per evento
- 4) accertamenti diagnostici:
 - Amniocentesi
 - Ecografia
 - Elettromiografia
 - Epiluminescenza
 - Mammografia
 - Mineralometria Ossea Computerizzata (M.O.C.)
 - PAP-TEST
 - PET (Positron Emission Tomography)
 - TRIM-PROB-TEST
 - Risonanza Magnetica Nucleare (R.M.N.)
 - Tomografia Assiale Computerizzata (T.A.C.) con esclusione delle arcate dentarie
 - Tomoscintigrafia miocardica
 - Ecg con visita Cardiologica
- 5) Terapie oncologiche, se effettuate a seguito di ricovero con intervento, oltre i 210 giorni dalla data di dimissione
- 6) Pacchetto prevenzione (check-up), sono previste per ogni assistito una visita e un accertamento diagnostico

MASSIMALI

Per la POLISPECIALISTICA la copertura è prestata fino alla concorrenza della somma di € 800,00 per persona, nell'ambito di ogni annualità.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

E' prevista a carico dell'Assistito l'applicazione di uno scoperto del 30% con un minimo di € 26,00 per ogni prestazione, ad eccezione delle spese per ticket sanitari e per le terapie oncologiche.

DOCUMENTAZIONE

Per ottenere il rimborso è necessario presentare la fattura o la ricevuta fiscale dove figurino (il nome e la specializzazione del medico, detto documento dovrà riportare il tipo di prestazione effettuata. La carta intestata dello specialista può essere sostituita con quella dell'Istituto di Cura pubblico, privato o Centro specializzato ove la visita sia avvenuta.

Fatto salvo per gli interventi ambulatoriali dove è sempre necessario indicare il medico (con nome e specializzazione) che ha effettuato l'intervento, la prescrizione o il referto e la patologia.

LENTI A CONTATTO ED OCCHIALI DA VISTA

Il Fondo rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di un solo paio di occhiali da vista completi o lenti a contatto semestrali o annuali fino ad un massimo di € 50,00 per Assistito per anno finanziario.

DOCUMENTAZIONE

Per ottenere il rimborso è necessario presentare la fattura accompagnata dalla prescrizione del medico oculista o dell'ottico optometrista oppure che la fattura riporti l'indicazione del difetto visivo.

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

F. TICKET

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga di una Struttura del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa esclusivamente le spese per ticket sanitari, con esclusione delle quote dovute a titolo di imposta (quota fissa e quota ricetta, ecc.), senza applicazione di scoperti o franchigie, fino alla concorrenza dei singoli massimali.

I Ticket rimborsabili sono:

- 1) analisi di laboratorio
- 2) accertamenti diagnostici
- 3) visite specialistiche
- 4) prestazioni fisioterapiche conseguenti ad infortunio o intervento chirurgico

I ticket rientrano nel massimale della polispecialistica.

G. CURE ODONTOIATRICHE

Le cure odontoiatriche sono riconosciute esclusivamente al Titolare del vincolo associativo ed includono le seguenti prestazioni:

- visite
- ricoveri
- cure e protesi dentarie
- accertamenti diagnostici (tac, ortopantomografie, dentaScan)
- seduta di igiene orale
- bytes

Sono esclusi le prestazioni ortodontiche.



MASSIMALI

Le cure odontoiatriche vengono rimborsate fino alla concorrenza della somma di € 515,00 per cicli di cura effettuati e fatturati nell'anno in corso.

Sono riconosciute al massimo 2 sedute di igiene orale annue.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

È prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 155,00 per anno, fino alla concorrenza del massimale.

Per la seduta di igiene orale non è prevista alcuna franchigia se effettuata in Strutture convenzionate. Il rimborso previsto per le sedute effettuate in strutture non convenzionate è di € 45,00.

H. ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA

Il FASIE prevede l'erogazione di un contributo forfetario nei casi di non-autosufficienza, ad esclusione dei lavoratori del settore Ceramiche, derivati da infortunio sul lavoro o malattia/intervento chirurgico e destinato ai Titolari del vincolo associativo, come descritto nell'Allegato C – ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA.

Il contributo per i lavoratori che applicano il CCNL Energia/Petrolio e Gas/Acqua è posticipato mensile ed è erogato nella misura di € 500,00 per un massimo di cinque anni a far data dal mese successivo all'accettazione da parte del Fondo.

Il contributo erogato per i lavoratori che applicano il CCNL Vetro/Lampade è di € 1.000,00 annui, per un massimo di tre anni a far data dal mese successivo all'accettazione da parte del Fondo.

I. INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Il FASIE prevede un indennizzo erogabile *una tantum* a seguito di invalidità permanente conseguente a malattia, ai sensi di quanto previsto dall'Articolo 15 del Regolamento.



OPZIONE PLUS

QUOTA CONTRIBUTIVA

Il contributo annuale per l'OPZIONE PLUS è il seguente:

| TIPOLOGIA DI ASSISTITO | SETTORE | | | |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|---------------------|-------------------|
| | Energia Petrolio | Gas Acqua | Industria Ceramiche | Vetro e Lampade |
| Costo Opzione | € 1.023,00 | € 1.058,00 | € 845,00 | € 1.023,00 |
| di cui a carico dell'Azienda | € 173,00 | € 130,00 | € 140,00 | € 156,00 |
| di cui carico del Lavoratore | € 850,00 | € 928,00 | € 705,00 | € 867,00 |
| Prosecutore volontario | € 1292,00 | € 1292,00 | € 1292,00 | - |
| Nucleo Familiare | incluso* | incluso* | incluso* | - |

(*) la presente opzione prevede la copertura assistenziale del dipendente/prosecutore volontario del coniuge e dei figli (di età inferiore ai 26 anni)

I massimali si intendono riferiti all'intero Nucleo Familiare incluso il Titolare.

COPERTURA SANITARIA

Sono rimborsabili le spese sostenute a seguito di:

- A. RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI
- B. RICOVERI ORDINARI con o senza intervento chirurgico, anche in regime di Day-hospital
- C. PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO
- D. INDENNITÀ SOSTITUTIVA
- E. POLISPECIALISTICA
- F. LENTI A CONTATTO E OCCHIALI DA VISTA
- G. TICKET
- H. CURE ODONTOIATRICHE
- I. ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA
- J. INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

A. RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

I ricoveri per GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (come da "Allegato A – Elenco Grandi Interventi) comprendono:

- 1) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento, compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento
- 2) assistenza medica e infermieristica, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali in corso di ricovero
- 3) rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono, ecc.
- 4) retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore entro il limite massimo di € 55,00 per giorno per un massimo di 90 giorni per anno finanziario (tali spese dovranno essere documentate con fattura o ricevuta fiscale)



- 5) prelievo di organi o parte di essi, ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza
- 6) 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 entro il limite del 5% del massimale rimborsabile.

MASSIMALI

Per i RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI la copertura è prestata fino alla concorrenza della somma di € 155.000,00 nell'ambito di ogni annualità.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Per i RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI non è prevista franchigia, ad eccezione delle voci che prevedono specifici limiti.

I ricoveri consequenziali e consecutivi a RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI sono considerati come RICOVERI ORDINARI.

DOCUMENTAZIONE

Per ottenere il rimborso, oltre alla fattura è necessario presentare copia della cartella clinica.

B. RICOVERI ORDINARI con o senza intervento chirurgico anche in regime di Day-hospital

I RICOVERI ORDINARI con o senza intervento chirurgico anche in regime di Day-Hospital comprendono:

- 1) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento, compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento
- 2) assistenza medica e infermieristica, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali in corso di ricovero
- 3) rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono, ecc.
- 4) per parto non cesareo (comprese spese ostetriche) e interruzione di gravidanza terapeutica fino al limite massimo omnicomprensivo di € 275,00 per evento senza franchigia
- 5) 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 entro il limite del 5% del massimale rimborsabile.

MASSIMALI

Per i RICOVERI ORDINARI, la copertura è prestata fino alla concorrenza della somma di € 77.500,00 nell'ambito di ogni annualità.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

In caso di RICOVERI ORDINARI, sia in forma diretta che in forma indiretta, è prevista la seguente franchigia:

- 25% con un minimo di € 800,00 per evento.

In caso di DAY-HOSPITAL CON INTERVENTO CHIRURGICO, sia in forma diretta che in forma indiretta, è prevista la seguente franchigia:

- 25% con un minimo di € 160,00 per evento.

Nel caso di ricovero per terapie oncologiche conseguente un ricovero con intervento per patologia oncologica non viene applicata franchigia se effettuato nei 210 giorni successivi al ricovero principale.

In assenza di ricovero con intervento, la prima seduta per terapie oncologiche (effettuata anche in regime di Day-Hospital) è considerata come primo giorno di ricovero. Le successive terapie non sono soggette a franchigia se effettuate entro i 210 giorni dalla prima seduta.

I ricoveri consequenziali e consecutivi a RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI sono considerati come RICOVERI ORDINARI.

DOCUMENTAZIONE

Per ottenere il rimborso, oltre alla fattura è necessario presentare copia della cartella clinica.

C. PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO

Per le PRESTAZIONI PRE/POST relative a RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI e RICOVERI ORDINARI CON E SENZA INTERVENTO sono riconosciute le spese effettuate:

- A. nei 60 giorni precedenti il ricovero e ad esso correlate (ad esclusione dei ricoveri in Day-Hospital a degenza diurna) per:
- analisi di laboratorio
 - accertamenti diagnostici
 - visite mediche specialistiche

Nel caso di patologie oncologiche sono riconosciute anche le spese effettuate nei 60 giorni precedenti ricoveri in Day-Hospital (a degenza diurna).

- B. nei 90 giorni successivi il ricovero e ad esso correlate (ad esclusione dei ricoveri in Day-Hospital a degenza diurna) per:
- analisi di laboratorio
 - accertamenti diagnostici
 - visite mediche specialistiche
 - medicinali (prescritti nella cartella clinica/scheda di dimissione ospedaliera in caso di ricovero inferiore a 10 giorni all'atto delle dimissioni dall'ospedale/casa di cura) allegando la prescrizione medica, le fustelle e gli scontrini fiscali delle farmacie
 - prestazioni mediche ed infermieristiche
 - trattamenti fisioterapici e rieducativi, se conseguenti ad infortunio o intervento chirurgico, effettuati da fisioterapisti o centri specialistici di fisioterapia
 - acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche)
 - cure termali (escluse le spese di natura alberghiera)
 - trattamenti di terapia citostatica o antitumorale anche a domicilio in Day-Hospital
 - agopuntura se praticata da medici
 - interventi chirurgici effettuati in regime ambulatoriale o di Day-Hospital
 - terapia psicologica in seguito a trattamento chemioterapico per patologia oncologica

Nel caso di patologie oncologiche sono riconosciute le spese effettuate nei 210 giorni successivi a ricoveri effettuati anche in Day-Hospital (a degenza diurna).

MASSIMALI

I massimali per le PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERI rientrano nei massimali indicati per i RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI (€ 155.000,00 nell'ambito di ogni annualità) e i RICOVERI ORDINARI CON INTERVENTO (€ 77.500,00 nell'ambito di ogni annualità).

FRANCHIGIE E SCOPERTI

In caso di PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERI ORDINARI CON O SENZA INTERVENTO, sia in forma diretta che in forma indiretta, è prevista la seguente franchigia:

- 25% con un minimo di € 160,00 per evento.

Nel caso di patologie oncologiche non è prevista franchigia.

I ricoveri consequenziali e consecutivi a RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI saranno considerati come RICOVERI ORDINARI.

DOCUMENTAZIONE

Per ottenere il rimborso, oltre alla fattura è necessario presentare prescrizione del medico.

D. INDENNITÀ SOSTITUTIVA

L'INDENNITÀ SOSTITUTIVA è riconosciuta se tutte le spese relative al ricovero, esclusi eventuali ticket, sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale. L'indennità viene corrisposta per ogni giorno di degenza per una durata massima di 90 giorni, per ciascun anno solare:

- € 55,00 al giorno per RICOVERI ORDINARI
- € 80,00 al giorno per i GRANDI INTERVENTI

DOCUMENTAZIONE

Per ottenere il rimborso dell'indennità sostitutiva è necessario presentare la scheda di dimissioni ospedaliera (SDO); in caso di Grandi Interventi e ricoveri superiori a 10 giorni è necessario presentare copia della cartella clinica.

E. POLISPECIALISTICA

Il Fondo rimborsa le spese sostenute presso studi medici o a domicilio per:

- 1) visite mediche specialistiche, a seguito di patologia o di infortunio. Per le visite neurologiche, psichiatriche, dietologiche e di chirurgia plastica (rientra in garanzie solo le prime 2 visite al fine di accertare la presenza di una eventuale patologia) è necessario che nel certificato medico sia indicata anche la diagnosi
- 2) interventi ambulatoriali effettuati da medici specialisti, comprese le relative visite specialistiche, comportanti anche suture, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia, diatermocoagulazione
- 3) parto non cesareo effettuato a domicilio purché con assistenza medica (comprese le spese ostetriche) fino a € 275,00 per evento
- 4) accertamenti diagnostici:
 - Amniocentesi
 - Ecografia
 - Elettromiografia
 - Epiluminescenza
 - Mammografia
 - Mineralometria Ossea Computerizzata (M.O.C.)
 - PAP-TEST
 - PET (Positron Emission Tomography)
 - TRIM-PROB-TEST
 - Risonanza Magnetica Nucleare (R.M.N.)
 - Tomografia Assiale Computerizzata (T.A.C.) con esclusione delle arcate dentarie
 - Tomoscintigrafia miocardica
 - Ecg con visita Cardiologica
- 5) terapie oncologiche, se effettuate a seguito di ricovero con intervento, oltre i 210 giorni dalla data di dimissione
- 6) Pacchetto prevenzione (check-up), sono previste per ogni assistito una visita e un accertamento diagnostico

MASSIMALI

Per la POLISPECIALISTICA la copertura è prestata fino alla concorrenza della somma di € 800,00 nell'ambito di ogni annualità.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

E' prevista a carico dell'Assistito l'applicazione di uno scoperto del 30% con un minimo di € 26,00 per ogni prestazione, ad eccezione delle spese per ticket sanitari e per le terapie oncologiche.

DOCUMENTAZIONE

Per ottenere il rimborso è necessario presentare la fattura o la ricevuta fiscale dove figurino (il nome e la specializzazione del medico, detto documento dovrà riportare il tipo di prestazione effettuata. La carta intestata dello specialista può essere sostituita con quella dell'Istituto di Cura pubblico, privato o Centro specializzato ove la visita sia avvenuta.

Fatto salvo per gli interventi ambulatoriali dove è sempre necessario indicare il medico (con nome e specializzazione) che ha effettuato l'intervento, la prescrizione o il referto con la patologia

F. LENTI A CONTATTO ED OCCHIALI DA VISTA

Il Fondo rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di un solo paio di occhiali da vista completi o lenti a contatto semestrali o annuali fino ad un massimo di € 50,00 per Assistito per anno finanziario.

DOCUMENTAZIONE

Per ottenere il rimborso è necessario presentare la fattura accompagnata dalla prescrizione del medico oculista o dell'ottico optometrista oppure che la fattura riporti l'indicazione del difetto visivo.

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

G. TICKET

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga di una Struttura del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa esclusivamente le spese per ticket sanitari, con esclusione delle quote dovute a titolo di imposta (quota fissa e quota ricetta, ecc.), senza applicazione di scoperti o franchigie, fino alla concorrenza dei singoli massimali.

I Ticket rimborsabili sono:

- 1) analisi di laboratorio
- 2) accertamenti diagnostici
- 3) visite specialistiche
- 4) prestazioni fisioterapiche conseguenti ad infortunio o intervento chirurgico

I ticket rientrano nel massimale della polispecialistica

H. CURE ODONTOIATRICHE

Le cure odontoiatriche includono le seguenti prestazioni:

- visite
- ricoveri
- cure e protesi dentarie
- accertamenti diagnostici (tac, ortopantomografie, dentaScan)
- seduta di igiene orale
- bytes

Sono escluse le prestazioni ortodontiche.

MASSIMALI

Le cure odontoiatriche vengono rimborsate fino alla concorrenza della somma di € 515,00 per cicli di cura effettuati e fatturati nell'anno in corso.

Sono riconosciute al massimo 2 sedute di igiene orale annue.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

È prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 155,00 per anno, fino alla concorrenza del massimale.

Per la seduta di igiene orale non è prevista alcuna franchigia se effettuata in Strutture convenzionate. Il rimborso previsto per le sedute effettuate in strutture non convenzionate è di € 45,00.



I. ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA

Il FASIE prevede l'erogazione di un contributo forfetario nei casi di non-autosufficienza, ad esclusione dei lavoratori del settore Ceramiche, derivati da infortunio sul lavoro o malattia/intervento chirurgico e destinato ai Titolari del vincolo associativo, come descritto nell'Allegato C – ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA

Il contributo per i lavoratori che applicano il CCNL Energia/Petrolio e Gas/Acqua è posticipato mensile ed è erogato nella misura di € 500,00 per un massimo di cinque anni a far data dal mese successivo all'accettazione da parte del Fondo.

Il contributo erogato per i lavoratori che applicano il CCNL Vetro/Lampade è di € 1.000,00 annui, per un massimo di tre anni a far data dal mese successivo all'accettazione da parte del Fondo.

J. INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Il FASIE prevede un indennizzo erogabile *una tantum* a seguito di invalidità permanente conseguente a malattia, ai sensi di quanto previsto dall'Articolo 15 del Regolamento.

OPZIONE VETRO E LAMPADE

QUOTA CONTRIBUTIVA

Il contributo annuale per l'OPZIONE VETRO E LAMPADE è il seguente:

| TIPOLOGIA DI ASSISTITO | IMPORTO ANNUALE |
|----------------------------------|-----------------|
| Lavoratore | € 36,00 |
| Lavoratore con 1 familiare | € 228,00 |
| Lavoratore con 2 o più familiari | € 324,00 |

LIMITI DI ADESIONE E PERMANENZA NEL FONDO

Sono escluse dalla copertura le persone di età superiore a 67 anni (o, in ogni caso, al momento del pensionamento). Per gli Assistiti che raggiungano il limite di età, o in caso di pensionamento, la copertura cessa alla prima scadenza annuale del contratto.

COPERTURA SANITARIA

Sono rimborsabili le seguenti prestazioni sanitarie:

- A. RICOVERI CON INTERVENTO anche in regime di Day-Hospital
- B. RICOVERI SENZA INTERVENTO CHIRURGICO anche in regime di Day-Hospital
- C. PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO
- D. INDENNITÀ SOSTITUTIVA
- E. ALTA SPECIALIZZAZIONE
- F. VISITE SPECIALISTICHE
- G. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI
- H. PREVENZIONE DELLA SINDROME METABOLICA
- I. GRANDI INTERVENTI ODONTOIATRICI
- J. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE
- K. ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA

A. RICOVERI CON INTERVENTO anche in regime di Day-Hospital

I ricoveri per interventi chirurgici (come da "Allegato B – Elenco Interventi per Opzione VETRO E LAMPADE), effettuati anche in regime di Day-Hospital, comprendono:

- 1) gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico
- 2) i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento – necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito
- 3) rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono, ecc., con il limite di € 300,00 nel caso di ricovero effettuato in forma indiretta.
- 4) l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze mediche ed infermieristiche, i medicinali, gli esami, gli accertamenti diagnostici e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi (questi ultimi esclusi per i ricoveri effettuati in regime di Day-Hospital)
- 5) assistenza infermieristica privata individuale durante il ricovero entro il limite di € 40,00 al giorno, per un periodo massimo di 30 giorni per degenza per persona
- 6) il trasporto dell'Assistito presso un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'Estero. In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze. Il massimale è di € 1.000,00 per nucleo e per anno. Si precisa che la scelta del



mezzo utilizzato per il trasporto deve essere rimessa unicamente ai medici della centrale operativa, in base alle condizioni del paziente ed indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa

- 7) in caso di trapianto, sono riconosciute esclusivamente le spese relative all'Assistito quale ricevente dell'organo trapiantato. Sono escluse comunque tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Assistito che da parte di terzi

MASSIMALI

Per i RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO (anche in regime di Day-Hospital), la copertura è prestata fino alla concorrenza della somma di € 90.000,00 per nucleo familiare, nell'ambito di ogni annualità.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

In caso di RICOVERI o DAY-HOSPITAL sono previste le seguenti franchigie e scoperti:

- in forma diretta (se effettuati presso strutture sanitarie convenzionate e con equipe mediche convenzionate) una franchigia di € 750,00 e fino alla concorrenza del massimale annuo. Per il parto cesareo è prevista l'applicazione di un sub-massimale annuo di € 2.000,00 per nucleo
- in forma indiretta o "rimborsuale" (se effettuati presso strutture sanitarie non convenzionate) uno scoperto del 30% con un minimo di € 1.500,00 e un massimo di € 10.000,00. Per il parto cesareo è prevista l'applicazione di un sub-massimale annuo di € 2.000,00 per nucleo
- nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale i ticket sono rimborsati al 100%

B. RICOVERO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO anche in regime di Day-Hospital

Il ricovero senza intervento chirurgico, effettuato anche in regime di Day-Hospital, è garantito a seguito delle seguenti patologie:

- infarto miocardico acuto: Coronaropatia qualora dia origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico che provochi ricovero in unità coronarica di almeno 5 giorni. La diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri: 1) dolore precordiale 2) alterazioni tipiche all'ECG 3) aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche.
- ictus cerebrale: (accidente cerebro-vascolare acuto): emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo e motorio.
- tumore: neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, la cui diagnosi venga basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera; limitatamente alla sola copertura in oggetto vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi della mammella che non hanno interessamento linfonodale metastatico, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I° stadio ed i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del III e IV stadio di Clarke.
- insufficienza renale: malattia renale irreversibile in dialisi cronica.
- ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 50% del corpo.

Per ricovero si intende la degenza in ospedale per un periodo non inferiore alle 24 ore (comprensivo della notte). Non costituisce ricovero la permanenza nei locali del Pronto Soccorso/Astanteria, qualora ad essa non consegua ricovero nella medesima struttura sanitaria.

Le prestazioni comprendono:

- 1) le rette di degenza, con esclusione di quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente. E' previsto un limite alla retta di degenza di € 300,00 in caso di utilizzo della forma indiretta (regime rimborsuale)
- 2) l'assistenza medica e infermieristica, le consulenze mediche ed infermieristiche, i medicinali, gli esami, gli accertamenti diagnostici e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi (questi ultimi esclusi per i ricoveri effettuati in regime di Day-Hospital)
- 3) assistenza infermieristica privata Individuale entro il limite è di € 20,00 al giorno per un periodo massimo di 15 giorni per degenza per persona.

MASSIMALI

Per i RICOVERI SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, la copertura è prestata fino alla concorrenza della somma di € 2.000,00 per nucleo familiare, nell'ambito di ogni annualità.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

In caso di RICOVERI o DAY-HOSPITAL sono previste le seguenti franchigie e scoperti:

- in forma diretta (se effettuati presso strutture sanitarie convenzionate e con equipe mediche convenzionate) una franchigia di € 350,00 e fino alla concorrenza del massimale annuo
- in forma indiretta o "rimborsuale" (se effettuati presso strutture sanitarie non convenzionate) uno scoperto del 30% con minimo di € 750,00
- nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale i ticket sono rimborsati al 100%

C. PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO

Per le PRESTAZIONI PRE/POST relative a RICOVERI CON INTERVENTO sono riconosciute le spese effettuate:

- A. nei 30 giorni precedenti il ricovero e ad esso correlate per:
 - accertamenti diagnostici
 - esami di laboratorio
 - visite specialistiche
- B. nei 45 giorni successivi il ricovero e ad esso correlate per:
 - accertamenti diagnostici
 - esami di laboratorio
 - visite specialistiche
 - acquisto dei medicinali (esclusivamente in forma indiretta)
 - prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche
 - prestazioni finalizzate al recupero della salute, quali i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, le cure termali (escluse le spese alberghiere). Limitatamente ai trattamenti fisioterapici e riabilitativi, nei casi in cui sussista una documentata impossibilità a recarsi presso un centro medico, sono riconosciute le fatture anche emesse dal professionista che ha eseguito le prestazioni (comunque fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia) accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo domiciliare.

Per le PRESTAZIONI PRE/POST relative a RICOVERO IN DAY-HOSPITAL e ad esso correlate, effettuate nei 7 giorni precedenti e nei 15 giorni successivi, sono riconosciute le spese effettuate per:

- accertamenti diagnostici
- esami di laboratorio
- visite specialistiche

Per le PRESTAZIONI PRE/POST relative a RICOVERO SENZA INTERVENTO e ad esso correlate, sono riconosciute le spese effettuate:

- A. nei 15 giorni precedenti il ricovero per:

- accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche
- B. nei 30 giorni successivi il ricovero per:
- accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche
 - acquisto dei medicinali (esclusivamente in forma indiretta)
 - prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, le cure termali (escluse le spese alberghiere). Limitatamente ai trattamenti fisioterapici e riabilitativi, nei casi in cui sussista una documentata impossibilità a recarsi presso un centro medico, sono riconosciute le fatture anche emesse dal professionista che ha eseguito le prestazioni (comunque fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia) accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo domiciliare.

MASSIMALI

I massimali per le PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO CON INTERVENTO rientrano nei massimali indicati per i RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO (€ 90.000,00 per nucleo familiare, nell'ambito di ogni annualità) e per i RICOVERI SENZA INTERVENTO CHIRURGICO (€ 2.000,00 per nucleo familiare, nell'ambito di ogni annualità).

FRANCHIGIE E SCOPERTI

In caso di PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO, sia in forma diretta che in forma indiretta, è previsto uno scoperto del 30%.

D. INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'INDENNITA' SOSTITUTIVA è riconosciuta se tutte le spese relative al ricovero sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale. L'indennità viene corrisposta per ogni giorno di degenza.

- € 50,00 al giorno per RICOVERI CON INTERVENTO fino ad un massimo di 120 giorni
- € 25,00 al giorno per RICOVERI SENZA INTERVENTO fino ad un massimo di 15 giorni

L'indennità sostitutiva non si applica in caso di permanenza nei locali del Pronto Soccorso/Astanteria qualora ad essa non consegua il ricovero nella medesima struttura sanitaria.

E. ALTA SPECIALIZZAZIONE

Il Fondo rimborsa le spese sostenute presso studi medici o a domicilio per:

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Campimetria visiva
- Chemioterapia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cisturografia
- Clisma opaco
- Cobaltoterapia
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea
- Colangiografia trans kehr
- Colecistografia
- Coronarografia
- Caciocistografia
- Defecografia
- Dialisi
- Lettroencefalografia

- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pet
- Radioterapia
- Retinografia
- Risonanza
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Tac
- Wirsungrafia

MASSIMALI

La copertura è prestata fino alla concorrenza della somma di € 700,00 per Nucleo Familiare, nell'ambito di ogni annualità.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Sono previste le seguenti franchigie e scoperti:

- in forma diretta (se effettuati presso strutture sanitarie convenzionate e medici convenzionati) una franchigia di € 40,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia
- in forma indiretta o "rimborsuale" (se effettuati presso strutture sanitarie non convenzionate), uno scoperto del 30% con minimo non indennizzabile di € 80,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia
- nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale i ticket sono rimborsati al 100%.

F. VISITE SPECIALISTICHE

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche effettuate attraverso il Servizio Sanitario Nazionale, conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

In caso di visite psichiatriche è previsto il rimborso esclusivamente della prima visita finalizzata all'accertamento di un'eventuale patologia.

MASSIMALI

La copertura è prestata fino alla concorrenza della somma di € 400,00 per Nucleo Familiare e nell'ambito di ogni annualità.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso è previsto esclusivamente nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale e i ticket sono rimborsati al 100%.

G. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI (da malattia o infortunio sul lavoro)

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per trattamenti fisioterapici e riabilitativi a seguito di malattia che abbia comportato un ricovero o da infortunio di lavoro esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritte da medico “di base” o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

In caso di ricovero sono riconosciuti i trattamenti effettuati dal 46° giorno al 90° giorno dalla cessazione del ricovero stesso.

In caso di infortunio sul lavoro sarà necessario presentare il referto del Pronto Soccorso ed idonea documentazione rilasciata da INAIL.

MASSIMALI

La copertura è prestata fino alla concorrenza della somma di € 350,00, a nucleo familiare e nell’ambito di ogni annualità.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Sono previste le seguenti franchigie e scoperti:

In caso di malattia:

- in forma diretta (se effettuati presso strutture sanitarie convenzionate e medici convenzionati) con uno scoperto del 30% con minimo di € 80,00 per ogni ciclo di terapia
- nel caso in cui l’Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, di seguito SSN, i ticket sono rimborsati al 100%.

In caso di infortunio:

- in forma diretta (se effettuati presso strutture sanitarie convenzionate e medici convenzionati) una franchigia fissa di € 100,00 per ogni ciclo di terapia
- nel caso in cui l’Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, di seguito SSN, i ticket sono rimborsati al 100%.

H. PREVENZIONE DELLA SINDROME METABOLICA

Il Fondo prevede la possibilità di usufruire di un programma di Prevenzione della Sindrome Metabolica, destinato ai Titolari del vincolo associativo, consistente nell’effettuazione di specifiche analisi cliniche.

A tal fine è necessario compilare apposito Questionario, accedendo all’Area Iscritti nel sito internet istituzionale, che fornirà esito immediato:

- A. in caso negativo, l’Assistito ne ha immediato riscontro, senza indicazione di accertamenti successivi da effettuare;
- B. nel caso in cui emerga in uno stato di Sindrome Metabolica “non conclamata”, vengono fornite alcune indicazioni in merito a comportamenti e stili di vita corretti riguardo attività fisica, alimentazione ecc.;
- C. nel caso in cui si configuri un quadro di Sindrome Metabolica “conclamata”, vengono fornite specifiche indicazioni in merito a comportamenti e stili di vita corretti riguardo attività fisica, alimentazione, ecc. fermo restando che tali indicazioni non possono in nessun caso sostituirsi ad diagnosi medica e/o specifiche terapie idonee al caso.

Nel caso di Sindrome Metabolica conclamata, è possibile attivare il Programma di Prevenzione richiedendo preventiva autorizzazione tramite la Centrale Operativa ed effettuando in forma diretta i seguenti accertamenti:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi



Per effettuare gli esami sopra indicati deve essere trascorso almeno un periodo di 6 mesi dalla data di esecuzione degli esami utilizzati per la compilazione del Questionario.

All'atto della richiesta della presa in carico diretta, l'Assistito deve fornire copia dell'esito del questionario e degli esami utilizzati per la compilazione dello stesso.

Qualora la Centrale Operativa accerti dal referto degli esami utilizzati per la compilazione del Questionario che i dati imputati non corrispondano al vero, l'Assistito non sarà autorizzato a fruire delle prestazioni.

La Centrale Operativa provvede a comunicare all'Assistito il calendario e l'elenco delle strutture più idonee ove poter effettuare gli accertamenti clinici. L'Assistito deve comunque esibire in fase di accesso alla Struttura Sanitaria certificato medico con diagnosi.

È possibile inoltre, su richiesta dell'Assistito, monitorare regolarmente gli indicatori del rischio, con cadenza semestrale, attraverso il monitoraggio dei referti degli esami ottenuti, registrandoli in una Cartella Medica online personale.

Si precisa che per poter effettuare le analisi sopra indicate è necessario che l'Assistito sia in possesso della prescrizione del medico curante contenente l'indicazione della patologia.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assistito attraverso le strutture sanitarie convenzionate. Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle garantite dal Piano Sanitario, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative previste. Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle garantite, l'Assistito potrà avvalersi del servizio "Card" che gli consentirà di accedere alle strutture convenzionate a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.

Non è prevista la fruizione degli eventuali esami previsti dalla presente garanzia all'Estero.

I. GRANDI INTERVENTI ODONTOIATRICI

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per i seguenti GRANDI INTERVENTI ODONTOIATRICI:

- Osteiti mascellari
- Neoplasie ossee della mandibola o della mascella
- Adamantinoma
- Odontoma
- Intervento per flemmone delle logge perimascellari
- Intervento per iperostosi, osteomi (toro palatino, toro mandibolare) ecc;

MASSIMALI

La copertura è prestata fino alla concorrenza della somma di € 1.000,00 per nucleo familiare e nell'ambito di ogni annualità.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Sono previste le seguenti franchigie e scoperti:

- in forma diretta, se effettuati presso strutture sanitarie convenzionate e medici convenzionati, con una franchigia fissa di € 500,00
- nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale i ticket sono rimborsati al 100%.

J. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Il Fondo provvede al pagamento delle seguenti prestazioni:

- ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale
- visita specialistica odontoiatrica

Restano invece a carico dell'Assistito, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.



La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato e del Servizio Sanitario Nazionale

MASSIMALI

La copertura è prestata fino alla concorrenza della somma di € 50,00 a persona nell'ambito di ogni annualità.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Sono previste le seguenti franchigie e scoperti:

- in forma diretta, se effettuati presso strutture sanitarie convenzionate e medici convenzionati, senza applicazione di scoperti o franchigie
- nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale i ticket sono rimborsati al 100%

K. ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA

Il FASIE prevede l'erogazione di un contributo forfetario nei casi di non-autosufficienza, derivati da infortunio sul lavoro o malattia/intervento chirurgico e destinato ai Titolari del vincolo associativo, come descritto nell'Allegato C – ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA.

Il contributo erogato è di € 1.000,00 annui, per un massimo di tre anni a far data dal mese successivo all'accettazione da parte del Fondo.



SERVIZIO DI ASSISTENZA IN EMERGENZA

In caso di emergenza è attivo un numero verde gratuito 24 ore 24, 7 giorni su 7, su tutto il territorio nazionale, attraverso il quale è possibile richiedere:

- 1) SERVIZIO DI CONSULENZA MEDICA
- 2) SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA PERMANENTE
- 3) SERVIZIO DI TRASPORTO IN AMBULANZA
- 4) SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

SERVIZIO DI CONSULENZA MEDICA

Il servizio fornisce informazioni in merito a:

- Strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione, specializzazioni
- Farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni
- Preparazione propedeutica ad esami diagnostici
- Profilassi in previsione di viaggi all'estero

A seguito di malattia o infortunio di particolare complessità la Centrale Operativa fornisce informazioni in merito a Centri Sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, mettendo a disposizione la consulenza di una équipe medica al fine di individuare e segnalare all'Assistito medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o particolari. Ove necessario, facilita i contatti tra l'Associato e il centro in questione avviando 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 idonee, i medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assistito.

SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA PERMANENTE

Il Servizio di Guardia Medica Permanente, 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).

Non è previsto alcun costo a carico dell'Assistito per la chiamata.

Rimangono invece a suo carico i costi per gli eventuali interventi e/o visite a domicilio

SERVIZIO DI TRASPORTO IN AMBULANZA

In caso di infortunio o di malattia, la Centrale Operativa è a disposizione per organizzare il trasporto "programmato" in ambulanza, su tutto il territorio nazionale:

- presso l'Istituto di cura dove deve essere ricoverato
- dall'Istituto di cura presso cui è ricoverato ad un altro, ritenuto più idoneo
- all'abitazione al momento della dimissione dall'Istituto di cura

I costi saranno a carico del Fondo sino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 Km di percorso complessivo (andata e ritorno).

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Per la gestione delle urgenze e per i casi di forzata immobilità è disponibile una rete costituita 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 fornisce diverse 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 costo del servizio e delle prestazioni ricevute sono a totale carico dell'assistito e non sono rimborsabili dal FASIE.



ALLEGATI

ALLEGATO A - ELENCO GRANDI INTERVENTI: OPZIONE BASE, STANDARD, EXTRA E PLUS

FACCIA E BOCCA

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con eventuale svuotamento orbitario

COLLO

- Tiroidectomia (subtotale o totale) per neoplasie maligne
- Tiroidectomia totale per forme non neoplastiche
- Resezione dell'esofago cervicale

TORACE

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

CHIRURGIA CARDIACA

- Tutti gli di chirurgia cardiaca (per patologie congenite o acquisite)
- Pericardiectomia parziale o totale
- Interventi per malformazioni aortiche o polmonari
- Embolectomia polmonare

ESOFAGO

- (Vedi anche otorinolaringoiatria)
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post operatoria
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne
- Resezioni esofagee parziali o totali per neoplasie
- Esofagoplastica

STOMACO-DUODENO

- Resezione gastrica
- Gastrectomia totale
- Resezione gastrodigiunale per ulcera peptica postanastomotica
- Intervento per fistola gastrodigiunocolica
- Vagotomia selettiva superselettiva

INTESTINO

- Colectomia totale
- Eemicolectomie con linfadenectomia
- Resezioni del colon.
- Interventi per asportazione di tratti di tenue

RETTO-ANO

- Amputazione del retto

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezione epatica
- Coledocoepatico duodenostomia
- Coledocoepatico digiunostomia
- Papillotomia per via transduodenale
- 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 (parziali o totali) sul pancreas
- Splenectomia
- Anastomosi portacava, splenorenale ed altre anastomie portosistemiche

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche.
- Neurinoma acustico
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico
- Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta
- Operazioni per encefalomeningocele.
- 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 meningomi doliari, 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 o nervosa (simpatoblastoma)
- Interventi per occlusione intestinale del neonato
- Interventi per megauretere:
- Interventi per Megacolon
- Trattamento chirurgico per Ernie diaframmatiche

ARTICOLAZIONI

- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomy
- Interventi di artroprotesi

UROLOGIA

- Interventi per fistola vescicorettaie

- Interventi per estrofia vescicale
- Cistectomia totale con ureterosigmoidostomia e con altri tipi di ricostruzione
- Nefrectomia allargata per tumore
- Nefroureteroectomia totale
- Interventi per stenosi ureterali

APPARATO GENITALE MASCHILE

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia
- Prostatectomia radicale

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per tumori maligni

OTORINOLARINGOIATRIA

Naso :

- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale

Laringe:

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

TRAPIANTI D'ORGANO

- Tutti, se eseguiti presso strutture accreditate ed autorizzate

ALLEGATO B - ELENCO GRANDI INTERVENTI: OPZIONE VETRO E LAMPADE

NEUROCHIRURGIA

- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Asportazione tumori dell'orbita
- Interventi di cranio plastica
- Interventi di neurochirurgia per patologie oncologiche maligne
- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale
- Interventi sul plesso brachiale
- Interventi sull'ipofisi per via tran sfenoidale
- Operazioni per encefalo meningocele
- Lobotomia ed altri interventi di psicotomia
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili
- Interventi per epilessia focale
- Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi
- Emisferectomia
- Idrocefalo ipersecretivo

CHIRURGIA Generale

- Ernia femorale
- Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi
- Nodulesctomia mammaria

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare
- Odontocheratoprotesi
- Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori glomici timpanogiugulari
- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale sfenoidale e mascellare
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Intervento demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Faringolaringectomia
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Interventi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento gangliare contemporaneo
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua , del pavimento orale e delle tonsille con svuotamento gangliare
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Palatoschisi totale

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale
- Interventi sulle paratiroidi
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Tiroidectomia totale con svuotamento latercervicale mono o bilaterale

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per cisti o tumori del mediastino
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Pneumectomia totale o parziale
- Toracectomia
- Toracoplastica
- Asportazione del timo

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Angioplastica con eventuale stent
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomia
- Interventi sul cuore per via toracotomia
- Interventi sull'orta addominale per via laparotomia
- Safenectomia della grande safena
- Interventi per corpi estranei del cuore
- Asportazione di tumori endocavitari del cuore
- Disostruzione bypass aorta addominale
- Aneurismectomia ventricolare

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche e maligne non per via

ENDOSCOPICA

- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
- Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
- Appendicectomia con peritonite diffusa
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
- Colectomie totali, emicolectomia e resezioni rettocoliche per via anteriore(con o senza colostomia)
- Drenaggio di ascesso epatico
- Exeresi di tumori dello spazio retro peritoneale
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per anastomosi mesentericacava
- Interventi con esofago plastica
- Interventi di amputazione del rettoano
- Intervento per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per echinococcosi epatica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino perineale
- Intervento per neoplasie pancreatiche

- Intervento per pancreatiche acute o croniche per via laparotomica
- Intervento su esofago, stomaco, duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Intervento per fistola gastroduodenale
- Intervento per megaesofago
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Resezione gastrica
- Resezione gastrica allargata
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastroduodenale
- Resezione epatica
- Interventi per necrosi acute del pancreas
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica postoperatoria
- Interventi per ulcera peptica postanastomotica
- Interventi per via laparotomica per contusioni o ferite penetranti dell'addome con lesione di organi parenchimali
- Interventi per via laparotomica per contusioni o ferite penetranti dell'addome con lesioni dell'intestino: resezione intestinale
- Interventi per megacolon per via anteriore o addominoperineale

UROLOGIA

- Terapia della calcolosi urinaria
- Trattamento chirurgico della calcolosi urinaria
- Cistoprostatovesicoprostatectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
- Interventi di prostatectomia radicale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Nefroureterectomia radicale
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Surrenalectomia
- Interventi per fistola vescicorettales
- Interventi per fistola vescicointestinale
- Intervento per estrofia vescicale
- Interventi per fistola vescicovaginale
- Amputazione totale del pene con linfadenectomia

GINECOLOGIA

- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
- Isterectomia totale con eventuale annessiectomia
- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Parto cesareo
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento per eviscerazione pelvica
- Intervento per fistola rettovaginale
- Intervento per creazione operatoria di vagina artificiale (a seguito di intervento demolitivo per neoplasia maligna)
- Intervento per creazione del condotto vaginale con inserimento di protesi (a seguito di intervento demolitivo per neoplasia maligna)

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
- Interventi demolitivi per asportazione dei tumori ossei

- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
- Interventi di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
- Interventi per costola cervicale
- Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
- Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesinon conseguenti a trauma
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomy
- Emipelvectomy "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
- Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi più cemento
- Artroprotesi carpale
- Vertebrotonomia
- Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- Tenotomia bipolare per torcicollo miogeno congenito
- Impianti flessibili (es. Swanson Mabauer polso e mano)

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio
- Intervento per anchilosi temporomandibolare
- Ricostruzione della emimandibola
- Interventi demolitivi del massiccio facciale con svuotamento orbitale
- Pushback e faringoplastica

TRAPIANTI DI ORGANO

- Trapianti di organo

CELLULE STAMINALI

- Infusione di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche – effettuata nei soli Paesi dell'Unione Europea

ALLEGATO C - ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA

Il FASIE prevede l'erogazione di un contributo forfetario nei casi di non-autosufficienza, derivati da infortunio sul lavoro o malattia/intervento chirurgico e destinato ai lavoratori, che non risultino già non-autosufficienti alla data del 01/01/2018.

CRITERI PER L'ACCERTAMENTO DELLA PERDITA DELL'AUTOSUFFICIENZA

La non-autosufficienza è definita come l'incapacità di provvedere in maniera autonoma le seguenti "attività elementari della vita quotidiana":

- farsi il bagno
- vestirsi e svestirsi
- igiene del corpo
- mobilità
- continenza
- bere e mangiare

A ciascun grado di disabilità corrisponde un punteggio, come stabilito nel successivo "Schema per l'accertamento dell'insorgere dello stato di non-autosufficienza". Il contributo è riconosciuto nel caso in cui la somma del punteggio è uguale o superiore a 40.

MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

È possibile presentare la domanda, entro 90 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non-autosufficienza, mediante la compilazione dell'apposito modulo, allegando la documentazione clinica (cartelle cliniche, referti, accertamenti strumentali).

Il Fondo verifica la documentazione inviata e comunica a mezzo lettera raccomandata A/R, entro 180 giorni dal ricevimento della documentazione completa, l'esito di tale verifica, che consiste nel:

- riconoscimento della garanzia
- diniego della garanzia, per mancanza dei requisiti
- sospensione della valutazione, qualora risulti necessario integrare la documentazione trasmessa: in questo caso, il FASIE può richiedere ulteriore documentazione, che deve essere trasmessa entro e non oltre 60 giorni dalla ricezione della richiesta stessa, pena la decadenza del diritto all'indennizzo.

DECORRENZA

La garanzia decorre dopo un periodo di 90 giorni dall'insorgere dello stato di non-autosufficienza (periodo di carenza).

Il periodo di carenza non si applica qualora la perdita di autosufficienza sia conseguenza diretta ed esclusiva di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della copertura. Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la perdita di autosufficienza.

Tale periodo si intende esteso a cinque anni nel caso in cui si verifichi la perdita di autosufficienza, dovuta alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata.

EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE

In seguito a esito positivo dell'accertamento dello stato di non-autosufficienza dell'Assistito, il Fondo eroga una rendita in base a quanto definito nelle singole Opzioni.

Il contributo per la non autosufficienza è erogabile un'unica volta in tutto il rapporto associativo.

CONTROVERSIE

In caso di controversie di natura medica, le Parti possono conferire mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assistito. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

CONTROLLI ANNUALI

Il FASIE, successivamente al riconoscimento dell'erogabilità, entro il 15 di ottobre di ciascun anno di copertura, potrà richiedere all'Assistito la trasmissione della documentazione necessaria a verificare il permanere dello stato di non-autosufficienza in copertura. La trasmissione della documentazione deve avvenire entro 30 giorni.

In alternativa il Fondo potrà inviare, previo preavviso, un medico fiduciario per l'effettuazione *in loco* della predetta verifica. In sede di verifica annuale il Fondo provvederà, in base alla documentazione acquisita o alla visita effettuata, a confermare il punteggio assegnato nell'anno precedente, oppure a rivalutarlo in caso di eventuali modifiche sopravvenute.

Termini e modalità di effettuazione della verifica annuale del permanere dello stato di non-autosufficienza e di comunicazione degli esiti all'Assistito sono analoghi a quelli individuati per la verifica di riconoscimento dell'erogabilità della prestazione.

SCHEMA PER L'ACCERTAMENTO DELL'INSORGERE DELLO STATO DI NON-AUTOSUFFICIENZA

| FARSI IL BAGNO | | |
|--------------------|--|--------------|
| 1° GRADO | L'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo | Punteggio 0 |
| 2° GRADO | L'Assistito necessita di assistenza per entrare/uscire dalla vasca da bagno | Punteggio 5 |
| 3° GRADO | L'Assistito necessita di assistenza per entrare/uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno | Punteggio 10 |
| VESTITI E SVESTITI | | |
| 1° GRADO | L'Assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo | Punteggio 0 |
| 2° GRADO | L'Assistito necessita di assistenza per vestirsi/svestirsi per la parte superiore o per la parte inferiore del corpo | Punteggio 5 |
| 3° GRADO | L'Assistito necessita di assistenza per vestirsi/svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo | Punteggio 10 |
| IGIENE DEL CORPO | | |
| 1° GRADO | L'Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza i seguenti gruppi di attività: (1) andare in bagno (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato al bagno | Punteggio 0 |
| 2° GRADO | L'Assistito necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3) | Punteggio 5 |
| 3° GRADO | L'Assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3) | Punteggio 10 |
| MOBILITÀ | | |
| 1° GRADO | L'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza | Punteggio 0 |
| 2° GRADO | L'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche con apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto | Punteggio 5 |
| 3° GRADO | L'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto per muoversi | Punteggio 10 |
| CONTINENZA | | |
| 1° GRADO | L'Assistito è completamente continente | Punteggio 0 |
| 2° GRADO | L'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno | Punteggio 5 |
| 3° GRADO | L'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come il catetere o la colostomia | Punteggio 10 |



| BERE E MANGIARE | | |
|------------------------|--|--------------|
| 1° GRADO | L'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti | Punteggio 0 |
| 2° GRADO | L'Assistito necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie (1) sminuzzare/tagliare il cibo (2) sbucciare la frutta (3) aprire un contenitore/scatola (4) versare bevande nel bicchiere | Punteggio 5 |
| 3° GRADO | L'Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale | Punteggio 10 |