



PIANO SANITARIO

FASIE

Via Benedetto Croce 40 - 00142 ROMA

P.IVA 97524520588

www.fasie.it

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	6
EROGAZIONE IN FORMA INDIRETTA LAVORATORI.....	8
EROGAZIONE IN FORMA INDIRETTA PROSECUTORI VOLONTARI	8
MODALITÀ E TEMPI DI PRESENTAZIONE.....	9
ALTRA ASSICURAZIONE E RESPONSABILITÀ DI TERZI	11
ESTENSIONE TERRITORIALE	11
CONTROLLI SANITARI.....	11
SEZIONE II – LE OPZIONI SANITARIE	12
OPZIONE BASE	12
QUOTA CONTRIBUTIVA.....	12
COPERTURA SANITARIA	13
A. RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI ORDINARI CON INTERVENTO	13
B. PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO.....	14
C. INDENNITÀ SOSTITUTIVA	16
D. ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA.....	16
E. INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA.....	16
OPZIONE STANDARD	17
QUOTA CONTRIBUTIVA.....	17
COPERTURA SANITARIA	18
A. RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	18
B. RICOVERI ORDINARI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO ANCHE IN REGIME DI DAY-HOSPITAL	19
C. PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO.....	20
D. INDENNITÀ SOSTITUTIVA	22
E. POLISPECIALISTICA	23
F. LENTI A CONTATTO E OCCHIALI DA VISTA.....	24
G. TICKET	25
H. ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA.....	25
I. INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA.....	25
OPZIONE EXTRA	26
QUOTA CONTRIBUTIVA.....	26
COPERTURA SANITARIA	27
A. RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	27
B. RICOVERI ORDINARI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO ANCHE IN REGIME DI DAY-HOSPITAL	28
C. PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO.....	29
D. INDENNITÀ SOSTITUTIVA	31
E. POLISPECIALISTICA	32

F. LENTI A CONTATTO E OCCHIALI DA VISTA.....	33
G. TICKET	34
H. CURE ODONTOIATRICHE.....	34
I. ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA.....	35
J. INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA.....	35
OPZIONE PLUS	36
QUOTA CONTRIBUTIVA.....	36
COPERTURA SANITARIA	36
A. RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	37
B. RICOVERI ORDINARI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO ANCHE IN REGIME DI DAY-HOSPITAL	38
C. PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO	39
D. INDENNITÀ SOSTITUTIVA	41
E. POLISPECIALISTICA	41
F. LENTI A CONTATTO E OCCHIALI DA VISTA.....	43
G. TICKET	43
H. CURE ODONTOIATRICHE.....	44
I. ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA.....	44
J. INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA.....	45
OPZIONE VETRO E LAMPADE	46
QUOTA CONTRIBUTIVA.....	46
PREMESSA	46
A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO	48
A.1. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO, INTERVENTI ESEGUITI IN DAY HOSPITAL, DAY SURGERY O IN REGIME AMBULATORIALE.....	48
A.2. INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO.....	51
B. EXTRAOSPEDALIERE.....	51
B.1. ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE.....	51
B.2. VISITE SPECIALISTICHE.....	53
B.3. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO	54
B.4. PACCHETTO MATERNITÀ	55
B.4.1. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E ANALISI LABORATORIO	55
B.4.2. VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE.....	56
B.5. LENTI A CONTATTO E OCCHIALI DA VISTA.....	57
B.6. INTERVENTI CHIRURGICI MINORI ESEGUITI IN CHIRURGIA AMBULATORIALE O IN DAY- SURGERY O IN DAY HOSPITAL	57
C. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI	59
C.1. FISIOTERAPIA A SEGUITO DI INFORTUNIO	59
C.2. FISIOTERAPIA A SEGUITO DI INTERVENTO.....	60
C.3. FISIOTERAPIA A SEGUITO DI MALATTIA	61
D. ODONTOIATRIA	62
D.1. CURE ODONTOIATRICHE.....	62
D.2. VISITA E SEDUTA DI IGIENE ORALE	63
E. ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA.....	64
SERVIZIO DI ASSISTENZA IN EMERGENZA.....	65
SERVIZIO DI CONSULENZA MEDICA	65
SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA PERMANENTE	65

SERVIZIO DI TRASPORTO IN AMBULANZA.....	66
SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE	66
ALLEGATI	68
ALLEGATO A - ELENCO GRANDI INTERVENTI: OPZIONE BASE, STANDARD, EXTRA E PLUS	68
ALLEGATO - ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI OPZIONE VETRO E LAMPADE	73
ALLEGATO C - ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA	87
ALLEGATO E - PACCHETTO MATERNITÀ.....	92

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
Attività Minerarie		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

È 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, a 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 dedicato 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 a 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;
 - eventuale documentazione medica richiesta a supporto.

- b) nel caso di visita specialistica, accertamento diagnostico o prestazione extra-ospedaliera:
- il tipo di prestazione da effettuare;
 - data e ora della prestazione e il nome del medico e della struttura.

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 (se richiesto dalla Struttura Convenzionata) 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 constabili 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 e 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.

Tutte le autorizzazioni rilasciate dalla Centrale Operativa sono soggette a 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.

L'erogazione della prestazione in forma diretta esclude la possibilità di richiedere la stessa fattura/prestazione in forma indiretta.

EROGAZIONE IN FORMA INDIRETTA LAVORATORI

È prevista la possibilità per l'assistito Lavoratore 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 Lavoratore 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, allegando la fattura e la relativa documentazione sanitaria e in caso di prestazioni odontoiatriche anche il modulo di richiesta di rimborso spese odontoiatriche, debitamente compilato dall'odontoiatra;
- la modalità cartacea, compilando l'apposito modulo RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE SANITARIE o modulo DI RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE, allegando la fattura e la relativa documentazione sanitaria in copia 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 darà 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.

EROGAZIONE IN FORMA INDIRETTA PROSECUTORI VOLONTARI

È prevista la possibilità per l'assistito Prosecutore Volontario di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.), richiedendo successivamente al Fondo il rimborso delle spese sostenute, secondo le modalità e le condizioni previste da ciascuna Opzione Sanitaria.

Anche in caso di ricovero avrà diritto alla corresponsione di un'indennità sostitutiva giornaliera in caso di grandi interventi (vedi allegato A) e di ricoveri con e senza intervento chirurgico.

L'Assistito Prosecutore Volontario può richiedere il rimborso attraverso:

- la procedura online, accedendo all'area riservata del sito istituzionale, seguendo le istruzioni ivi contenute concernenti l'utilizzo di tale funzionalità;
- la modalità cartacea, compilando l'apposito modulo RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE SANITARIE, allegando la fattura 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 darà seguito alla richiesta di rimborso.

Nessuna responsabilità è posta a carico del Fondo in ipotesi di mancato recapito della documentazione trasmessa.

Viene comunque garantita la possibilità ai Prosecutori volontari che non hanno a disposizione strutture convenzionate dalla propria residenza di continuare ad avvalersi anche del regime di rimborso in forma indiretta secondo il Tariffario messo a disposizione dal Fondo.

La suddetta procedura, sarà in vigore fino al 31 marzo 2020, in quanto dal 1° aprile 2020, per gli Assistiti Prosecutore Volontari, entrerà in vigore il tariffario relativo ai rimborsi dovuti in caso di prestazioni non effettuate presso Strutture e/o medici convenzionati.

Detto tariffario, assegna a ogni prestazione garantita dal piano sanitario, realizzata in forma indiretta, un valore rimborsabile, e, nel rispetto delle franchigie e dei massimali previsti, garantisce un rimborso predefinito, in funzione della tipologia di prestazione.

Il tariffario adottato a partire dal 1° aprile 2020, è reperibile e scaricabile sul sito www.fasie.it.

L'Assistenza Diretta/Regime rimborsuale per i Prosecutori volontari è fissata a un massimo 5 visite specialistiche anno/persona.

MODALITÀ 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, a eccezione dei ricoveri la cui richiesta di rimborso deve pervenire entro e non oltre 180 giorni a partire dalla data di dimissione dalla Struttura Sanitaria.

Il Fondo si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione a 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 a 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 (check-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 alle prestazioni specialistiche il documento di spesa dovrà riferirsi a una sola prestazione. Laddove il documento riporti diverse prestazioni, per ottenere il rimborso è necessario che sia distinto il costo di ciascuna di esse.

La valutazione della liquidabilità della spesa sostenuta sarà effettuata in base alla data di emissione del documento fiscale.

Nel caso di fattura/e di acconto e di successiva/e fattura/e a saldo la liquidazione avverrà alla presentazione della fattura/e a saldo (SOLO PER CURE ODONTOIATRICHE). Restano validi i termini di presentazione, per ogni fattura, entro 60 giorni dalla data di emissione.

ALTRA ASSICURAZIONE E RESPONSABILITÀ DI TERZI

L'Assistito deve comunicare se il rimborso richiesto è relativo a spese correlate a 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 e Petrolio	Gas e Acqua	Industrie Ceramiche	Attività Minerarie	Vetro e Lampade
Costo Opzione	€ 267,30	€ 269,00	-	-	-
di cui a carico dell'Azienda	€ 183,30	€ 154,00	-	-	-
di cui a carico del lavoratore	€ 84,00	€ 115,00	-	-	-
Prosecutore volontario	€ 260,00	€ 260,00	€ 260,00	€ 260,00	€ 260,00
Nucleo Familiare	Incluso*	Incluso*	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
- D. ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA
- E. 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 dal domicilio all'Istituto di cura e viceversa, in treno, in aereo o traghetto, nonché trasporto dell'avente diritto e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, 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 è prevista la seguente franchigia:

- 30% per evento

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

- 30% 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 per/post RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI E RICOVERI ORDINARI CON INTERVENTO sono riconosciute le spese effettuate:

1. nei 60 giorni precedenti il ricovero (e a esso correlate) per:

- analisi di laboratorio;
- accertamenti diagnostici;
- visite mediche specialistiche.

2. Nei 90 giorni successivi alla fine del ricovero (e a esso correlate) per:

- analisi di laboratorio;
- accertamenti diagnostici;
- medicinali (prescritti nella cartella clinica/scheda di dimissione ospedaliera all'atto delle dimissioni dall'ospedale/casa di cura);
- prestazioni mediche e 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 sia in regime di Day-Hospital che in regime ambulatoriale) è considerata come primo giorno di ricovero.

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 PATOLOGIE ONCOLOGICHE è prevista la seguente franchigia:

- 30% per evento

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

- 30% con un minimo di € 160,00 per evento

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 pernotto) per una durata massima di 90 giorni per ciascun anno solare:

- € 150,00 al giorno per i GRANDI INTERVENTI
- € 100,00 al giorno per RICOVERI ORDINARI

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, a 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 Attività Minerarie è di € 1.000,00 annui, per un massimo di due 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 e Petrolio	Gas e Acqua	Industrie Ceramiche	Attività Minerarie	Vetro e Lampade
Costo Opzione	€ 355,30	€ 357,00	€ 280,00	€ 288,00	€ 357,00
di cui a carico dell'Azienda	€ 183,30	€ 154,00	€ 140,00	€ 288,00	€ 168,00
di cui a carico del lavoratore	€ 172,00	€ 203,00	€ 140,00	€ 0,00	€ 189,00
Prosecutore volontario	€ 620,00	€ 620,00	€ 620,00	€ 620,00	€ 620,00
Nucleo Familiare	incluso *	incluso *	incluso *	incluso *	incluso *
Coniuge e figlio fino a 26 anni del lavoratore	€ 228,00	€ 228,00	€ 228,00	€ 228,00	€ 228,00
Altro familiare convivente del lavoratore	€ 444,00	€ 444,00	€ 444,00	€ 444,00	€ 444,00
Familiare del Prosecutore volontario	€ 550,00	€ 550,00	€ 550,00	€ 550,00	€ 550,00

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

(*) Previsto solo per i lavoratori.

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 dal domicilio all'Istituto di cura e viceversa, in treno, in aereo o traghetto, nonché trasporto dell'avente diritto e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno 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 i GRANDI INTERVENTI e PATOLOGIE ONCOLOGICHE è prevista la seguente franchigia:

- 30% per evento

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 dal domicilio all'Istituto di cura e viceversa, in treno, in aereo o traghetto, nonché trasporto dell'avente diritto e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno 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:

- 30% 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:

- 30% con un minimo di € 160,00 per evento.

In assenza di ricovero con intervento, la prima seduta per terapie oncologiche (effettuate sia in regime di day-hospital che in regime ambulatoriale) è considerata come primo giorno di ricovero.

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:

1. nei 60 giorni precedenti il ricovero e a esso correlate (a 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);

2. nei 90 giorni successivi il ricovero e a esso correlate (a 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 all'atto delle dimissioni dall'ospedale/casa di cura);
- prestazioni mediche e infermieristiche;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, se conseguenti a 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 patologie oncologiche.

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 sia in regime di Day-Hospital che in regime ambulatoriale) è considerata come primo giorno di ricovero.

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:

- 30% con un minimo di € 160,00 per evento.

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 (con pernotto) per una durata massima di 90 giorni, per ciascun anno solare:

- € 100,00 al giorno per RICOVERI ORDINARI
- € 150,00 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 (rientrano in garanzie solo le prime 2 visite al fine di accettare 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
 - Villocentesi
 - 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
 - OCT
 - 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. Il periodo per poter usufruire di tale prestazione è dal 15 febbraio al 15 novembre.

MASSIMALI

Per la POLISPECIALISTICA la copertura è prestata fino alla concorrenza della somma di € 800,00 per persona, nell'ambito di ogni annualità. Con un limite massimo per i Prosecutori volontari di 5 visite specialistiche anno/persona.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

È prevista a carico dell'Assistito l'applicazione di uno scoperto del 30% con un minimo di € 26,00 per ogni fattura, a eccezione delle spese per ticket sanitari.

DOCUMENTAZIONE

Per ottenere il rimborso è necessario presentare la fattura o la ricevuta fiscale dove figuri 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 E OCCHIALI DA VISTA

Il Fondo paga le spese per l'acquisto degli occhiali da vista o delle lenti a contatto utilizzate per la correzione di difetti visivi, sia da vicino che da lontano, senza limitazioni sulla patologia riscontrata dall'oculista o dall'optometrista fino a un massimo di € 60,00 per Assistito per anno finanziario. Si precisa che non è previsto il rimborso della sola montatura.

È previsto il rimborso di un'ulteriore quota per un massimo di € 40,00 in aggiunta a quella prevista, in caso di acquisto di occhiali da vista o lenti a contatto presso uno dei negozi della rete Salmoiraghi & Viganò e GrandVision.

Inoltre, in caso di acquisto di una montatura Nuance - presso uno dei negozi della rete Salmoiraghi & Viganò e GrandVision - il rimborso oltre a € 60,00 già previsti è di ulteriori € 120,00.

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.

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, concorrendo all'esaurimento dei singoli massimali, ma con riconoscimento anche in caso di superamento degli stessi.

I ticket sono tutti rimborsabili e rientrano nel massimale della Polispecialistica.

H. ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA

Il FASIE prevede l'erogazione di un contributo forfetario nei casi di non-autosufficienza, a 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 Attività Minerarie è di € 1.000,00 annui, per un massimo di due 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 e Petrolio	Gas e Acqua	Industrie Ceramiche	Attività Minerarie	Vetro e Lampade
Costo Opzione	€ 505,30	€ 507,00	€ 435,00	€ 443,00	€ 507,00
di cui a carico dell'Azienda	€ 183,30	€ 154,00	€ 140,00	€ 288,00	€ 168,00
di cui a carico del lavoratore	€ 322,00	€ 353,00	€ 295,00	€ 155,00	€ 339,00
Prosecutore volontario	€ 930,00	€ 930,00	€ 930,00	€ 930,00	€ 930,00
Nucleo Familiare	incluso *	incluso *	incluso *	incluso *	incluso *
Coniuge e figlio fino a 26 anni del lavoratore	€ 228,00	€ 228,00	€ 228,00	€ 228,00	€ 228,00
Altro familiare convivente del lavoratore	€ 444,00	€ 444,00	€ 444,00	€ 444,00	€ 444,00
Familiare del Prosecutore volontario	€ 550,00	€ 550,00	€ 550,00	€ 550,00	€ 550,00

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

(*) Previsto solo per i lavoratori.

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 dal domicilio all'Istituto di cura e viceversa, in treno, in aereo o traghetto, nonché trasporto dell'avente diritto e di un eventuale accompagnatore, 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 E PATOLOGIE ONCOLOGICHE è prevista la seguente franchigia:

- 30% per evento

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 dal domicilio all'Istituto di cura e viceversa, in treno, in aereo o traghetto, nonché trasporto dell'avente diritto e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno 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:

- 30% 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:

- 30% con un minimo di € 160,00 per evento.

In assenza di ricovero con intervento, la prima seduta per terapie oncologiche (effettuate sia in regime di Day-Hospital che in regime ambulatoriale) viene considerata come primo giorno di ricovero.

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:

1. nei 60 giorni precedenti il ricovero e a esso correlate (a 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).

2. nei 90 giorni successivi il ricovero e a esso correlate (a 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 all'atto delle dimissioni dall'ospedale/casa di cura);
 - prestazioni mediche e infermieristiche;
 - trattamenti fisioterapici e rieducativi, se conseguenti a 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;

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 sia in regime di Day-Hospital che in regime ambulatoriale) è considerata come primo giorno di ricovero.

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:

- 30% con un minimo di € 160,00 per evento

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 (con pernotto) per una durata massima di 90 giorni, per ciascun anno solare:

- € 100,00 al giorno per RICOVERI ORDINARI
- € 150,00 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 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
 - Villocentesi
 - 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
 - OCT
 - 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. Il periodo per poter usufruire di tale prestazione è dal 15 febbraio al 15 novembre.

MASSIMALI

Per la POLISPECIALISTICA la copertura è prestata fino alla concorrenza della somma di € 800,00 per persona, nell'ambito di ogni annualità. Con un limite massimo per i Prosecutori volontari di 5 visite specialistiche anno/persona.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

È prevista, a carico dell'Assistito, l'applicazione di uno scoperto del 30% con un minimo di € 26,00 per ogni fattura, a eccezione delle spese per ticket sanitari.

DOCUMENTAZIONE

Per ottenere il rimborso è necessario presentare la fattura o la ricevuta fiscale dove figurì (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.

F. LENTI A CONTATTO E OCCHIALI DA VISTA

Il Fondo paga le spese per l'acquisto degli occhiali da vista o delle lenti a contatto utilizzate per la correzione di difetti visivi sia da vicino che da lontano senza limitazioni sulla patologia riscontrata dall'oculista o dall'optometrista fino a un massimo di € 60,00 per Assistito per anno finanziario. Si precisa che non è previsto il rimborso della sola montatura.

È previsto il rimborso di un'ulteriore quota per un massimo di € 40,00 in aggiunta a quella prevista, in caso di acquisto di occhiali da vista o lenti a contatto presso uno dei negozi della rete Salmoiraghi & Viganò e GrandVision.

Inoltre, in caso di acquisto di una montatura Nuance - presso uno dei negozi della rete Salmoiraghi & Viganò e GrandVision - il rimborso oltre a € 60,00 già previsti è di ulteriori € 120,00.

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.

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, concorrendo all'esaurimento dei singoli massimali, ma con riconoscimento anche in caso di superamento degli stessi.

I ticket sono tutti rimborsabili e rientrano nel massimale della Polispecialistica.

H. CURE ODONTOIATRICHE

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

- visite;
- ricoveri;
- cure e protesi dentarie;
- accertamenti diagnostici (tac, ortopantomografie, dentascan);
- seduta di igiene orale;
- bytes;
- ticket.

Sono esclusi le prestazioni ortodontiche.

MASSIMALI

Le cure odontoiatriche vengono rimborsate fino alla concorrenza della somma di € 700,00 per cicli di cura effettuati e fatturati nell'anno in corso.

Oltre alle predette cure, è riconosciuta una seduta di igiene orale anno.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

È prevista l'applicazione di una franchigia pari a € 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 (regime diretto). Il rimborso previsto per la seduta effettuata 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, a 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 Attività Minerarie è di € 1.000,00 annui, per un massimo di due 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 PLUS

QUOTA CONTRIBUTIVA

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

TIPOLOGIA DI ASSISTITO	SETTORE				
	Energia e Petrolio	Gas e Acqua	Industrie Ceramiche	Attività Minerarie	Vetro e Lampade
Costo Opzione	€ 1.033,30	€ 1.058,00	€ 845,00	€ 853,00	€ 1.058,00
di cui a carico dell'Azienda	€ 183,30	€ 154,00	€ 140,00	€ 288,00	€ 168,00
di cui a carico del lavoratore	€ 850,00	€ 904,00	€ 705,00	€ 565,00	€ 890,00
Prosecutore volontario	€ 1.430,00	€ 1.430,00	€ 1.430,00	€ 1.430,00	€ 1.430,00
Nucleo Familiare	incluso*	incluso*	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 dal domicilio all'Istituto di cura e viceversa, in treno, in aereo o traghetto, nonché trasporto dell'avente diritto e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno 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 e patologie oncologiche è prevista la seguente franchigia:

- 30% per evento

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 dal domicilio all'Istituto di cura e viceversa, in treno, in aereo o traghetto, nonché trasporto dell'avente diritto e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno 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:

- 30% 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:

- 30% con un minimo di € 160,00 per evento

In assenza di ricovero con intervento, la prima seduta per terapie oncologiche (effettuate sia in regime di day-hospital che in regime ambulatoriale) è considerata come primo giorno di ricovero.

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:

1. nei 60 giorni precedenti il ricovero e a esso correlate (a 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).

2. nei 90 giorni successivi il ricovero e a esso correlate (a 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 all'atto delle dimissioni dall'ospedale/casa di cura);
- prestazioni mediche e infermieristiche;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, se conseguenti a 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.

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 sia in regime di Day-Hospital che in regime ambulatoriale) è considerata come primo giorno di ricovero.

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:

- 30% con un minimo di € 160,00 per evento

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 (con pernotto) per una durata massima di 90 giorni, per ciascun anno solare:

- € 100,00 al giorno per RICOVERI ORDINARI
- € 150,00 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 (rientrano in garanzie solo le prime 2 visite al fine di accettare 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
 - Villocentesi
 - 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
 - OCT
 - 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. Il periodo per poter usufruire di tale prestazione è dal 15 febbraio al 15 novembre.

MASSIMALI

Per la POLISPECIALISTICA la copertura è prestata fino alla concorrenza della somma di € 800,00 nell'ambito di ogni annualità. Con un limite massimo per i Prosecutori volontari di 5 visite specialistiche anno/nucleo.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

È prevista a carico dell'Assistito l'applicazione di uno scoperto del 30% con un minimo di € 26,00 per ogni prestazione (effettuate sia in regime di Day-Hospital che in regime ambulatoriale) a eccezione delle spese per ticket sanitari.

DOCUMENTAZIONE

Per ottenere il rimborso è necessario presentare la fattura o la ricevuta fiscale dove figuri (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 E OCCHIALI DA VISTA

Il Fondo paga le spese per l'acquisto degli occhiali da vista o delle lenti a contatto utilizzate per la correzione di difetti visivi sia da vicino che da lontano senza limitazioni sulla patologia riscontrata dall'oculista o dall'optometrista fino a un massimo di € 60,00 per nucleo familiare per anno finanziario. Si precisa che non è previsto il rimborso della sola montatura.

È previsto il rimborso di un'ulteriore quota per un massimo di € 40,00 in aggiunta a quella prevista, in caso di acquisto di occhiali da vista o lenti a contatto presso uno dei negozi della rete Salmoiraghi & Viganò e GrandVision.

Inoltre, in caso di acquisto di una montatura Nuance - presso uno dei negozi della rete Salmoiraghi & Viganò e GrandVision - il rimborso oltre a € 60,00 già previsti è di ulteriori € 120,00.

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.

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, concorrendo all'esaurimento dei singoli massimali, ma con riconoscimento anche in caso di superamento degli stessi.

I ticket sono tutti rimborsabili e 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;
- ticket.

Sono escluse le prestazioni ortodontiche.

MASSIMALI

Le cure odontoiatriche vengono rimborsate fino alla concorrenza della somma di € 700,00 per cicli di cura effettuati e fatturati nell'anno in corso.

Oltre alle predette cure è riconosciuta una seduta di igiene orale anno.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

È prevista l'applicazione di una franchigia pari a € 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 (regime diretto). Il rimborso previsto per la seduta effettuata 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, a 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.

Il contributo erogato per i lavoratori che applicano il CCNL Attività Minerarie è di € 1.000,00 annui, per un massimo di due 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
Quota azienda per lavoratore	€ 168,00
Quota familiare iscritto ante 2024	€ 228,00
Quota convivente iscritto ante 2024	€ 444,00

PREMESSA

Il Piano Sanitario reso disponibile dal Fondo FASIE per gli iscritti, opera in caso di malattia o infortunio avvenuto dopo la data di entrata in copertura del singolo Iscritto.

La copertura prevede il rimborso delle spese sostenute a seguito di infortunio o malattia per prestazioni ospedaliere, extraospedaliere, fisioterapiche, odontoiatriche e altre garanzie.

Il Fondo non prevede il rimborso in caso di:

1. infortuni dovuti a tentato suicidio o in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
2. infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
3. infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
4. infortuni derivanti da gare professionalistiche e relative prove e allenamenti;

5. conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assistito abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
6. conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
7. conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
8. spese sostenute in conseguenza di malattie mentali (elencate nel Settore V della 10 versione dell'International Classification of Diseases (ICD-10) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità);
9. interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non abbiano compiuto il primo anno di età e assicurati dalla nascita; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili ai sensi di polizza, per tumori maligni;
10. cure dentarie, parodontarie, ortodontiche, le protesi dentarie e i trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di ricovero, Day Hospital, Intervento Ambulatoriale);
11. cure e/o interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipula del contratto;
12. trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);
13. ricoveri in lungodegenza. Tale esclusione, in ogni caso, non trova applicazione con riferimento alla garanzia LONG TERM CARE individuata al paragrafo I del Nomenclatore;
14. prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
15. correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), salvo quanto eventualmente indicato. In particolare, in caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 3 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 5 diottrie;

16. ricoveri impropri (i ricoveri nell'ambito dei quali vengono eseguiti esclusivamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnico-medica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale).

Le prestazioni sanitarie inserite nel Piano Sanitario sono dettagliate e consultabili di seguito.

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO

Le coperture operanti a seguito di intervento chirurgico, riguardano solamente gli interventi compresi nell'elenco in allegato "ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI".

A.1. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO, INTERVENTI ESEGUITI IN DAY HOSPITAL, DAY SURGERY O IN REGIME AMBULATORIALE

Prima del ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni prima dell'inizio del ricovero, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero.

Durante il ricovero

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio; diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici ed endoprotestici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato; le rette di degenza senza limite giornaliero, escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione); prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero, purché erogati nello stesso reparto e non vi sia stato un trasferimento, anche senza soluzione di continuità, ad altro reparto o ad altra struttura sanitaria.

Dopo il ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche; prestazioni infermieristiche - se la richiesta è certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura; prestazioni per recuperare la salute, quali i trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei primi 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Sono compresi anche i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

Rette di degenza dell'Accompagnatore

Spese per vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera per un accompagnatore dell'Assicurato, documentate con fatture, notule, ricevute, ecc. Sono escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione).

Sottomassimale:

€ 55/45gg.

Trasporto di primo soccorso

Trasporto con ambulanza dell'Assicurato presso un Istituto di Cura (andata e anche relativo ritorno) e da un Istituto di Cura a un altro, sia in Italia che all'estero senza limite chilometrico, in caso di necessità relativa all'evento (valutata in relazione all'andata) e cioè:

- se l'Assicurato deve ricevere un trasporto medicalmente attrezzato;
- se l'Assicurato accede ai locali di pronto Soccorso con codice rosso.

In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.

MASSIMALI

Tutte le spese previste dalle garanzie di cui al paragrafo A, fermi rimanendo gli specifici sottolimiti e condizioni, erodono i seguenti massimali condivisi (ad esempio: nel caso in cui l'Assicurato abbia in regime di assistenza diretta speso per un intervento chirurgico ordinario € 16.000 - per il quale la polizza prevede il massimale di 18.000 euro -, in caso di richiesta di rimborso fuori rete convenzionata per spese connesse al medesimo intervento, avrà a disposizione un massimale residuo di € 2.000).

Si informa, infine, che i ticket concorrono all'esaurimento del massimale e sono rimborsati anche in caso di superamento dello stesso.

Assistenza Diretta

Il massimale previsto è di € 50.000,00 (sempre esclusivamente per gli interventi chirurgici compresi nell'Allegato 2).

Regime rimborсуale

Sono previsti limiti di spesa annui pari a € 10.000,00 con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 1.500,00.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Si informa, infine, che i ticket concorrono all'esaurimento del massimale e sono rimborsati anche in caso di superamento dello stesso.

Utilizzo di strutture convenzionate con il Network, ma effettuate da medici non convenzionati

Il Fondo rimborsa tutte le spese relative al ricovero con le stesse modalità e condizioni previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate. Non opera il Regime di assistenza diretta.

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica e sempre che compresi in copertura.

In particolare, saranno ricompresi anche:

- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria (per esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale o plafond presente in polizza, se previsti;
- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (per esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) sono rimborsabili al 50%.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

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, concorrendo all'esaurimento dei singoli massimali, ma con riconoscimento anche in caso di superamento degli stessi.

REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (vitto e pernottamento, esclusi i comfort) rimasti a carico dell'Assicurato

FRANCHIGIE/SCOPERTI

- Assistenza diretta: scoperto del 15%
- Regime rimborsuale: scoperto del 15%
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto

A.2. INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO

Se l'Assicurato non sostiene spese per il ricovero a seguito di intervento chirurgico (compreso nell'Allegato) né per altra prestazione connessa, incluse le prestazioni pre e post ricovero (eccetto eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari), il Fondo paga un'indennità di € 80,00 per i primi 30 giorni di ricovero e di € 100,00 per i successivi giorni per un massimo di 100 giorni per ricovero, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia o dell'infortunio, e favorire così l'autonomia e la permanenza a domicilio.

Per il calcolo dei giorni, il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati come un unico giorno.

L'indennità sostitutiva non si applica se alla permanenza nei locali del pronto soccorso/astanteria non segue il ricovero nella medesima struttura.

B. EXTRAOSPEDALIERE

Il Piano sanitario prevede il pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

B.1. ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE

Sono compresi:

Alta Diagnostica di Immagine

- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Tomografia a Emissione di Positroni (PET)
- Medicina Nucleare in Vivo

Diagnostica Radiologica Tradizionale

- Clisma opaco semplice e a doppio contrasto
- Colangiografia
- Colecistografia
- Mammografia
- Scialografia
- Urografia
- Tomografia (Stratigrafia) di Organi o Apparati
- Rx ortopanoramica
- Rx di organo o apparato o colonna vertebrale totale anche senza mezzo di contrasto

Esami Contrastografici

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Colangiografia
- Isterosalpingografia
- Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica

Diagnostica Strumentale

- Elettromiografia
- Elettroencefalogramma

Terapie

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi

MASSIMALE

Assistenza Diretta/Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:

- € 800,00 per anno;
- condiviso con le garanzie "B.1 Alta diagnostica e terapie" e B.3 Ticket per accertamenti diagnostici".

Si informa, infine, che i ticket concorrono all'esaurimento del massimale e sono rimborsati anche in caso di superamento dello stesso.

REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta/Regime rimborsuale: massimo 5 prestazioni anno/persona
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuna limitazione

FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

- Assistenza Diretta: franchigia di € 70,00
- Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 25%, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 65,00
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket al 100%

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

B.2. VISITE SPECIALISTICHE

Il Fondo paga le spese per:

- visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, escluse le visite odontoiatriche e ortodontiche;
- solo una prima visita psichiatrica e prima visita psicologica per accettare la presenza di eventuali patologie.

MASSIMALE

Assistenza Diretta/ Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:

- € 800,00 per anno;

- condiviso con la garanzia "B.2 Visite Specialistiche" e "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici".

Si informa, infine, che i ticket concorrono all'esaurimento del massimale e sono rimborsati anche in caso di superamento dello stesso.

REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

- Assistenza Diretta: franchigia di € 45,00
- Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato per un massimo di € 30,00 per prestazione
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket al 100%

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

B.3. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

Il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio, esclusi gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

MASSIMALE

Il massimale previsto è di € 800,00 anno/iscritto, condiviso con la garanzia "B.1 Alta Diagnostica e Terapie" e "B.2 Visite Specialistiche".

Si informa, infine, che i ticket concorrono all'esaurimento del massimale e sono rimborsati anche in caso di superamento dello stesso.

REGIMI DI EROGAZIONE

Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket al 100%.

B.4. PACCHETTO MATERNITÀ

Il Piano sanitario, con finalità di tutela della maternità, provvede al rimborso delle spese sostenute in gravidanza relative alle seguenti prestazioni:

- accertamenti diagnostici e analisi laboratorio;
- visite di controllo ostetrico ginecologiche.

B.4.1. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E ANALISI LABORATORIO

Il Fondo paga, in assenza di patologia, salvo quanto previsto di seguito per amniocentesi o villocentesi per Assicurate di età inferiore ai 35 anni, le spese per:

- ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) in gravidanza, translucenza nucleare e ogni altro tipo di accertamento diagnostico per monitorare la gravidanza e lo sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del SSN;
- test genetici prenatali (E.G. Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA Fetale;
- amniocentesi o villocentesi.
 - per le donne di 35 anni o più: possono essere erogate senza prescrizione;
 - per le donne di meno di 35 anni: possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto.

MASSIMALE

Il massimale previsto è di € 500,00 per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.4.2 Visite di controllo ostetrico ginecologiche".

Si informa, infine, che i ticket concorrono all'esaurimento del massimale e sono rimborsati anche in caso di superamento dello stesso.

REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: non previsti
- Regime rimborsuale: non previsti
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: non previsti

B.4.2. VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE

Il Fondo paga le spese per:

- visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia;
- controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale;
- una visita anestesiologica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.

Massimo 4 visite/controlli, elevate a 6 per gravidanza a rischio.

MASSIMALE

Il massimale previsto anno/Nucleo Familiare è di € 500,00 per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.4.1 Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio".

Si informa, infine, che i ticket concorrono all'esaurimento del massimale e sono rimborsati anche in caso di superamento dello stesso.

REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: non previsti
- Regime rimborsuale: non previsti
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: non previsti

B.5. LENTI A CONTATTO E OCCHIALI DA VISTA

Il Fondo paga le spese per l'acquisto degli occhiali da vista o delle lenti a contatto utilizzate per la correzione di difetti visivi sia da vicino che da lontano senza limitazioni sulla patologia riscontrata dall'oculista o dall'optometrista fino a un massimo di € 60,00 per Assistito per biennio finanziario. Si precisa che non è previsto il rimborso della sola montatura.

È previsto il rimborso di un'ulteriore quota per un massimo di € 40,00 in aggiunta a quella prevista, in caso di acquisto di occhiali da vista o lenti a contatto presso uno dei negozi della rete Salmoiraghi & Viganò e GrandVision.

Inoltre, in caso di acquisto di una montatura Nuance - presso uno dei negozi della rete Salmoiraghi & Viganò e GrandVision - il rimborso oltre a € 60,00 già previsti è di ulteriori € 120,00.

MASSIMALE

€ 60,00 una tantum (una sola volta nel biennio 2026-2027) a iscritto.

REGIME DI EROGAZIONE

Regime rimborsuale

FRANCHIGIE/SCOPERTI

Non previsti

B.6. INTERVENTI CHIRURGICI MINORI ESEGUITI IN CHIRURGIA AMBULATORIALE O IN DAY- SURGERY O IN DAY HOSPITAL

Se l'Assicurato deve effettuare un intervento chirurgico minore tra:

- Ernia inguinale
- Vene varicose
- Fimosi
- Fistole anali
- Dito a Scatto
- Idrocele
- Neuroma di Morton
- Orchidopessi

- Ragade anale
- Dacriocistorinostomia
- Intervento di cataratta
- Intervento per tunnel carpale
- Intervento per alluce valgo
- Intervento per varicocele
- Intervento di isteroscopia operativa per polipo endometriale

può godere delle seguenti prestazioni:

Durante il ricovero/l'intervento

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico e risultante dal referto operatorio;
- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotestici o terapeutici applicati durante l'intervento – necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato;
- le rette di degenza senza limite giornaliero, con esclusione di quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente;
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero diurno (Day Hospital, senza pernottamento);
- è riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da Day Hospital o Day Surgery in regime di ricovero notturno.

MASSIMALE

- Assistenza Diretta: il limite di spesa annuo a disposizione è di € 1.500,00 per evento.
- Regime rimborsuale: il limite di spesa annuo a disposizione è di € 1.500,00 per evento.
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: si informa, infine, che i ticket concorrono all'esaurimento del massimale e sono rimborsati anche in caso di superamento dello stesso.

REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

FRANCHIGIE/SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto del 35%
- Regime rimborsuale: scoperto del 35%
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket al 100%

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

C. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI

Il Piano sanitario prevede il pagamento delle spese delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio, ricovero e malattia.

C.1. FISIOTERAPIA A SEGUITO DI INFORTUNIO

Il Fondo paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio:

- dal 1° giorno successivo all'infortunio (avvenuto durante la copertura assicurativa);
- solo a fini riabilitativi e correlati alla lesione cagionata dall'infortunio;
- in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- *per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato);*
- *eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia o la laserterapia a fini estetici);*
- *per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).*

MASSIMALE

Il massimale previsto per tale garanzia è di € 400,00 per anno/iscritto, condiviso con la garanzia "C.2 Fisioterapia a seguito intervento".

Si informa, infine, che i ticket concorrono all'esaurimento del massimale e sono rimborsati anche in caso di superamento dello stesso.

POST INFORTUNIO

Entro 30 gg dall'evento.

REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

- Assistenza Diretta: Scoperto del 30%
- Regime rimborsuale: il Fondo rimborsa le prestazioni applicando uno scoperto del 30% e fino a € 25,00 per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket al 100%

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

C.2. FISIOTERAPIA A SEGUITO DI INTERVENTO

Il Fondo paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria:

- solo a fini riabilitativi e correlati alla patologia che ha reso necessario l'intervento;
- indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico".

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- *per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato);*

- *eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici);*
- *per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).*

MASSIMALE

Il massimale previsto per tale garanzia è di € 400,00 per anno/iscritto, condiviso con la garanzia "C.1 Fisioterapia a seguito infortunio".

Si informa, infine, che i ticket concorrono all'esaurimento del massimale e sono rimborsati anche in caso di superamento dello stesso.

POST INTERVENTO

Entro 120 gg dall'evento.

REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

- Assistenza Diretta: scoperto del 30%
- Regime rimborsuale: il Fondo rimborsa le prestazioni applicando uno scoperto del 30% e fino a € 25,00 per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket al 100%

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

C.3. FISIOTERAPIA A SEGUITO DI MALATTIA

Il Fondo paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotori effettuati a seguito di malattia e a essa correlati.

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- *per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato);*

- *eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici);*
- *per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).*

MASSIMALE

Il massimale previsto per tale garanzia è di € 100,00 per anno/iscritto.

Si informa, infine, che i ticket concorrono all'esaurimento del massimale e sono rimborsati anche in caso di superamento dello stesso.

REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

- Assistenza Diretta: scoperto del 30%
- Regime rimborsuale: il Fondo rimborsa le prestazioni applicando uno scoperto del 30% e fino a € 25,00 per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket al 100%

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

D. ODONTOIATRIA

D.1. CURE ODONTOIATRICHE

Per il biennio 2026/2027, esclusivamente al titolare del vincolo associativo vengono riconosciuti anche i rimborsi in rete (regime di assistenza diretta) per le seguenti prestazioni:

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

- bytes;
- ticket.

Sono escluse le prestazioni ortodontiche.

MASSIMALI

Le cure odontoiatriche vengono rimborsate fino alla concorrenza della somma di € 250,00 per cicli di cura effettuati e fatturati nell'anno in corso.

Si informa, infine, che i ticket concorrono all'esaurimento del massimale e sono rimborsati anche in caso di superamento dello stesso.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: è prevista l'applicazione di una franchigia pari a € 155,00 per anno fino alla concorrenza del massimale
- Accesso tramite il Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del ticket al 100%

REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.2. VISITA E SEDUTA DI IGIENE ORALE

Oltre alle predette cure, è riconosciuta una visita e una seduta di igiene orale l'anno.

MASSIMALI E FRANCHIGIE

- Regime diretto: per la visita e la seduta di igiene orale non è prevista alcuna franchigia se effettuate in Strutture convenzionate.
- Regime rimborsuale: il rimborso previsto per la visita e la seduta di igiene orale effettuate in strutture non convenzionate è di € 45,00.
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket al 100%.

Si informa, infine, che i ticket concorrono all'esaurimento del massimale e sono rimborsati anche in caso di superamento dello stesso.

REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

E. ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA

Il Fondo prevede l'erogazione di un contributo forfetario nei casi di non-autosufficienza, a 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 "ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA".

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.

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 a 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 ovviando a 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 a 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 interventi 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
- Emicolectomie con linfoadenectomia
- 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:
 - enucleazione delle cisti;
 - marsupializzazione;
 - interventi di derivazione interna.
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi demolitivi (parziali o totali) sul pancreas
- Splenectomia
- Anastomosi portacava, splenorenale e 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 e indiretta
- Operazioni per encefalomeningocele.
- Lobotomia e altri interventi similari
- Talamotomia pallidotomia e altri interventi similari
- Interventi per epilessia focale
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie e altre affezioni meningomi dollari, radicotomie
- Neurotomia retrogasseriana sezione intracranica di altri nervi

SIMPATICO E VAGO

- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splanchnici
- Surrectomia e altri interventi sulla capsula surrenale

CHIRURGIA VASALE

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succavia, 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 ipersecreutivo
- 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
- Emipelvectomia
- Interventi di artroprotesi

UROLOGIA

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

APPARATO GENITALE MASCHILE

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfoadenectomia
- Prostatectomia radicale

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per tumori maligni

OTORINOLARINGOLOGIA

- 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 e autorizzate.

ALLEGATO - ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI OPZIONE VETRO E LAMPADE

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

Neurochirurgia

Anastomosi dei vasi extra-intracranici

Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto

Anastomosi extracranica di nervi cranici

Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)

Asportazione tumori dei nervi periferici

Asportazione tumori dell'orbita

Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica

Cordotomia e mielotomia percutanea

Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche

Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sulclivus per via anteriore

Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale per via posteriore

Interventi di cranioplastica

Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale

Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni

meningomidollari (melocele, mielomeningocele, etc.)

Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore

Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore

Interventi per traumi cranio cerebrali

Interventi per traumi vertebro-midollari

Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica

Interventi sul plesso brachiale

Intervento per encefalomeningocele

Intervento per epilessia focale e callosotomia

Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale

Laminectomia esplorativa o decompressiva (per localizzazioni tumorali ripetitive)

Neurotomia retrogasseriana-sezione intracranica di altri nervi

Radiochirurgia gammaknife

Radiochirurgia stereotassica

Rizotomia chirurgica e micro-decompressione endocranica dei nervi cranici

Simpaticectomiacervico toracica

Simpaticectomia lombare

Talamotomia-pallidotomia e altri interventi similari

Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche, (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)

Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari intracraniche

Chirurgia Generale

Ernia inguinale e femorale (con esclusione di tutte le altre ernie della parete addominale)

Intervento per asportazione tumore alla mammella

Oculistica

Interventi di correzione dei difetti visivi nei casi di anisometropia superiore a 3 diottrie e/o deficit visivo superiore a 5 diottrie

Cataratta e interventi sul cristallino con eventuale vitrectomia

Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile

Interventi per neoplasie del globo oculare

Intervento di enucleazione del globo oculare

Odontocheratoprotesi

Operazione di decompressione a sforzo oftalmopatia ed eventuale correzione diplopia

Operazione di Kroenlein od orbitotomia

Trapianto corneale a tutto spessore

Otorinolaringoiatria

Anastomosi e trapianti nervosi dell'orecchio medio e interno

Asportazione della parotide

Asportazione di tumori dell'orecchio medio

Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa

Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

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 cordecomia)

Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale

Chirurgia del sacco endolinfatico

Chirurgia della Sindrome di Mènière

Distruzione del labirinto

Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)

Interventi per paralisi degli adduttori

Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico

Laringectomia parziale

Laringectomia ricostruttiva

Laringectomia sopraglottica

Laringofaringectomia

Parotidectomia totale con preparazione del facciale

Push-bach e faringoplastica

Ricostruzione della catena ossiculare

Sezione del nervo cocleare

Sezione del nervo vestibolare

Svuotamento petromastoideo con innesto dermoepidermico

Trattamento delle petrositi suppurate

Chirurgia del Collo

Interventi sulle Paratiroidi

Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

Svuotamento laterocervicale bilaterale

Tiroidectomia Allargata per patologie oncologiche maligne

Tiroidectomia parziale solo per patologia tumorale

Tiroidectomia totale con radioiodio terapia

Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale

Chirurgia dell'apparato Respiratorio

Interventi per cisti o tumori del mediastino

Interventi per echinococcosi polmonare

Interventi per ferite del polmone

Interventi per fistole bronchiali

Interventi per poliposi nasale

Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici

Pleuropneumectomia

Pneumectomia totale o parziale

Resezione bronchiale con reimpianto

Resezione costali

Ricostruzione sternale per "Pectus excavatum"

Timectomia per via toracica

Toracotomia esplorativa

Chirurgia Cardio-Vascolare

Anastomosi mesenterica-cava

Anastomosi porta-cava e splenorenale

Asportazione di tumore glomico carotideo

Contropulsazione per infarto acuto mediante incanulamento arterioso

Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo

Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario

Disostruzione e by-pass arterie periferiche

Embolectomia e trombectomia arteriosa per arto

Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale

Interv. per stenosi e ostruzione carotide extracranica, succlavia e arteria anonima

Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi

Interventi per innesti di vasi

Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca

Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica

Interventi sul cuore per via toracotomica

Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica

Legatura arterie carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache

Legatura di grossi vasi del collo

Legatura vena cava inferiore

Resezione arteriosa con plastica vasale

Safenectomia per grandi vasi (solo varici della grande safena)

Sutura arterie periferiche

Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo

Trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti

Trombectomia venosa periferica cava

Trombectomia venosa periferica iliaca

Tutti gli interventi: a cuore chiuso

Chirurgia dell'apparato digerente

Asportazione di diverticolo esofageo

Asportazione di fistole congenite

Cardioplastica

Chirurgia Gastrointestinale per Perforazioni

Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)

Deconnectione azigos-portale per via addominale

Derivazioni biliodigestive

Drenaggio di ascesso epatico

Epatotomia e coledocotomia

Esofagotomia cervicale

Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale

Gastroectomia se allargata

Interventi chirurgici per ipertensione portale

Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica

Interventi con esofagoplastica

Interventi di amputazione del retto-ano

Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago

Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica

Interventi per echinococcosi epatica

Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale

Interventi per neoplasie pancreatiche

Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica

Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica

Interventi sulla papilla di Water

Intervento per fistola gastro-digiunocolica

Intervento per mega-esofago

Papillotomia per via transduodenale

Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari

Resezione gastrica totale

Resezione gastro-digiunale

Resezioni epatiche

Splenectomia

Sutura di ferite profonde con interessamento del tubolaringotracheale o dell'esofago cervicale

Urologia

Amputazione totale del pene

Anastomosi epididimo deferenziale o ricanalizzazione del deferente (con tecnica microchirurgica)

Calcolosi urinaria

Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder

Cistoprostatovescicolectomia con neovesica rettale

Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileouretoanastomosi

Cistoprostatovescicolectomia con uretersigmoidostomia

Diverticolectomia con U.C.N.

Emitrigonectomia

Endopielolitotomia per stenosi del giunto pietro-uretale

Illeo bladder

Interventi di cistectomia totale

Interventi di orchietomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare

Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale

Interventi ricostruttivi vescicali con o senza uretersigmoidostomia

Linfoadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolari

Lombotomia per ascessi pararenali

Nefrectomia parziale

Nefrectomia semplice

Nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)

Nefroureterectomia radicale

Nefroureterectomia totale

Orchidopessi bilaterale

Orchifuniculectomia per via inguinale

Pielotomia

Pieloureteroplastica (tecniche nuove)

Plastica per ipospadia ed epispadia

Plastica ricostruttiva per estrofia vescicale (per tempo operatorio)

Resezione renale con clampaggio vascolare

Resezioni vescicali a pastiglia con reimpianto ureterale

Riparazione di fistola vescico intestinale

Riparazione fistole vescico vaginali

Sigmoidostomia ureterale

Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale

Surrenalectomia

Ureteroplastica

Ureterosigmoidostomia uni- o bilaterale

Uretrectomia

Ginecologia e Ostetricia

Interventi chirurgici sulla mammella patologie oncologiche maligne escluse le protesi

Intervento radicale per tumori vaginali con linfoadenectomia

Isterectomia con eventuale con eventuale annexectomia

Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfoadenectomia

Laparotomia per gravidanza extrauterina

Miomectomia e/o ricostruzione plastica dell'utero

Ricostruzione vaginale

Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica

Ortopedia e Traumatologia

Emipelvectomia

Interventi al tunnel carpale e dito a scatto

Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei

Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

Interventi di resezione di corpi vertebrali

Interventi di stabilizzazione vertebrale

Interventi per costola cervicale

Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni

Chirurgia Maxillo - Facciale

Frattura del III superiore della faccia (NEF): con scalpo

Interventi di chirurgia oro maxillo-facciale per mutilazioni del viso conseguenti ad infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali superiore al 25%

Mentoplastica di avanzamento, di arretramento, di abbassamento, etc.

Operazione demolitrice del massiccio facciale con svuotamento orbitale

Plastiche per paralisi facciali: dinamica

Riduzione frattura orbitaria

Chirurgia Plastica

Atresia auris congenita: ricostruzione

Chirurgia degli stati intersessuali (per tempo operatorio)

Malformazione della gabbia toracica

Malformazioni complesse delle mani (per tempo operatorio)

Reimpianto microchirurgico del dito

Ricostruzione del pollice

Trattamento mano reumatoide (protesi escluse)

Trapianti di organo

Tutti

Altri Interventi

Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare

Appendicectomia con Peritonite Diffusa

Interventi chirurgici sul Midollo Spinale per patologie oncologiche maligne

Interventi per Ricostruzioni di Gravi e Vaste Mutilazioni degli arti da trauma

Interventi Odontoiatrici

Implantologia su osso mascellare e mandibolare da infortunio ed eseguita da medico chirurgo (Ai fini dell'operatività della garanzia è necessaria la presentazione del "Certificato" di Pronto Soccorso relativo all'"Infortunio" occorso), restando esclusi gli interventi per finalità puramente estetiche".

Fratture dei mascellari superiori, trattamento chirurgico ortopedico

Resezione del mascellare superiore

Riduzione fratture mandibolari con osteosintesi

Osteiti mascellari, cisti follicolari e cisti radicolari

Chirurgia pediatrica (fino al compimento del quattordicesimo anno di età)

Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)

Correzione chirurgica di atresie e / o fistole congenite

Correzione chirurgica di megauretere congenito

Correzione chirurgica di megacolon congenito

Idrocefalo ipersecrettivo

Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)

Atresia dell'esofago

Fistola dell'esofago

Atresia dell'ano semplice –abbassamento addomino perineale

Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare-abbassamento addomino perineale

Esteratoma sacrococcigeo

Nefrectomia per tumore di Wilms

Fistole e cisti del canale onfalomesentrico con resezione intestinale

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 alle 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 a 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 a un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e 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 remunerà 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 redigersì in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti 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
VESTIRSI E SVESTIRSI		
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 continent.	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 incontinent 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

ALLEGATO E - PACCHETTO MATERNITÀ

CHI PUÒ BENEFICIARNE

Tutte le iscritte al Fondo FASIE sono automaticamente coperte ivi compresi coniugi e le conviventi degli iscritti purché con copertura associativa. (NON APPLICABILE CCNL VETRO)

COSA OFFRE IL PACCHETTO MATERNITÀ

VISITE DI CONTROLLO

È previsto il rimborso integrale delle visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia.

ECOGRAFIE

È previsto il rimborso di tutte le ecografie ostetriche.

ANALISI CLINICO CHIMICHE E INDAGINI GENETICHE

È previsto il rimborso delle spese sostenute per Analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche), Translucenza Nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto.

TRATTAMENTO PSICOTERAPICO

In caso di aborto.

Le Prestazioni sono utilizzabili solo se fatte in strutture sanitarie (regime diretto) convenzionate da SiSalute.

MASSIMALE

Il massimale di rimborso relativo al Pacchetto Maternità ammonta a € 500,00 per evento gravidanza.

DOCUMENTAZIONE

Certificato attestante lo stato di gravidanza, con indicazione della data dell'ultima mestruazione e la data presunta del parto.

Il pacchetto sarà rinnovato di anno in anno.