



PIANO SANITARIO

FASIE

Via Benedetto Croce 40 - 00142 ROMA

P.IVA 97524520588



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



E. POLISPECIALISTICA.....	16
F. LENTI A CONTATTO ED OCCHIALI DA VISTA.....	17
G. TICKET.....	17
H. ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA.....	17
I. INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA.....	18
L. TEST ONCOFOCUS.....	17
OPZIONE EXTRA.....	19
QUOTA CONTRIBUTIVA.....	19
COPERTURA SANITARIA.....	19
A. RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	20
B. RICOVERI ORDINARI con o senza intervento chirurgico anche in regime di Day-Hospital.....	20
C. PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO E INDENNITA'.....	21
D. INDENNITÀ SOSTITUTIVA.....	22
E. POLISPECIALISTICA.....	22
F. LENTI A CONTATTO ED OCCHIALI DA VISTA.....	23
G. TICKET.....	24
H. CURE ODONTOIATRICHE.....	24
I. ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA.....	24
J. INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA.....	25
OPZIONE PLUS.....	26
QUOTA CONTRIBUTIVA.....	26
COPERTURA SANITARIA.....	26
A. RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	26
B. RICOVERI ORDINARI con o senza intervento chirurgico anche in regime di Day-hospital.....	27
C. PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO E INDENNITA'.....	28
D. INDENNITÀ SOSTITUTIVA.....	29
E. POLISPECIALISTICA.....	29
F. LENTI A CONTATTO ED OCCHIALI DA VISTA.....	30
G. TICKET.....	30
H. CURE ODONTOIATRICHE.....	30
I. ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA.....	31



J. INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA.....	31
---	----

SERVIZIO DI ASSISTENZA IN EMERGENZA..... 32

ALLEGATI.....32

ALLEGATO A - ELENCO GRANDI INTERVENTI: OPZIONE BASE, STANDARD, EXTRA E PLUS.....	34
ALLEGATO C - ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA.....	37
TEST ONCOFOCUS.....	40
PACCHETTO MATERNITA'.....	41



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	
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

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

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

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



L'Autorizzazione deve essere richiesta dall'Assistito almeno 48 ore lavorative prima della data di effettuazione della prestazione alla Centrale Operativa, a disposizione degli Assistenti, 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, e ad un recapito telefonico, l'Assistito deve comunicare i seguenti dati:

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

- certificato medico attestante la diagnosi e la tipologia di ricovero con eventuale descrizione della procedura chirurgica prevista, che deve essere comunque esibito in fase di accesso alla Struttura Sanitaria
- nome della Struttura e del Medico proponente il ricovero
- data e ora della prestazione
- 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 constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, può essere adottata la procedura d'urgenza, senza rispettare il preavviso di 48 ore lavorative. In tal caso, l'Assistito può richiedere l'Autorizzazione entro i 5 giorni successivi all'esecuzione dell'intervento e comunque entro e non oltre la data della dimissione dalla Struttura Convenzionata. Insieme alla richiesta di Autorizzazione l'Assistito deve inviare alla Centrale Operativa una richiesta contenente l'attestazione della Struttura sanitaria dello stato di necessità ed urgenza. Nel caso di infortuni l'Assistito deve inviare il referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento.

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

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

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

Il Fondo provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della Struttura Sanitaria della documentazione di spesa e della documentazione medica (prescrizione medica, diagnosi e/o quesito diagnostico, cartella clinica), dando contestualmente all'Assistito idonea attestazione comprovante l'avvenuta liquidazione.



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

Fermo restando la necessità di ottenere preventivamente l'Autorizzazione da parte della Centrale Operativa, la prenotazione delle prestazioni può essere effettuata contattando direttamente la Struttura Convenzionata e la Centrale Operativa. 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.

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 Prosecuratori Volontari che non hanno a disposizione strutture convenzionate dalla propria residenza di continuare ad avvalersi anche del regime di rimborso in forma indiretta. La suddetta procedura, sarà in vigore fino al 31 marzo 2020, 1^a aprile 2020, per gli Assistiti Prosecuratore 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 ad 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^a aprile 2020, è reperibile sul sito www.fasie.it.

MODALITA' E TEMPI DI PRESENTAZIONE

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

La documentazione deve pervenire al FASIE entro e non oltre 60 giorni dalla data della fattura per tutte le prestazioni, ad eccezione dei ricoveri la cui richiesta di rimborso deve pervenire entro e non oltre 90 giorni a partire dalla data di dimissione dalla Struttura Sanitaria.

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

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

- se la documentazione fiscale non è conforme alle disposizioni tributarie o non direttamente riferibile all'Assistito
- se i documenti di spesa presentano cancellature e correzioni; a titolo eccezionale possono essere accettate correzioni apportate dall'estensore della documentazione, con apposizione a fianco delle stesse di timbro e firma di tale ultimo
- se la fattura non è stampata su carta intestata del medico/struttura, deve riportare il timbro del medico/struttura sanitaria con relativa specializzazione medica. La carta intestata dello specialista può essere sostituita con quella dell'Istituto di Cura pubblico o privato o Centro specializzato ove la visita sia avvenuta (sempre ad opera di Medici Specialisti) specificando il tipo di prestazione effettuata.
- se i documenti di spesa riportano diciture generiche quali, a mero titolo esemplificativo, trattamenti specialistici, prestazioni specialistiche, controllo (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 ad una sola prestazione; laddove il documento riporti diverse prestazioni, per ottenere il rimborso è necessario che sia distinto il costo di ciascuna di esse.

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 RESPONSABILITA' DI TERZI



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

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

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

ESTENSIONE TERRITORIALE

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

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

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

CONTROLLI SANITARI

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

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

SEZIONE II – LE OPZIONI SANITARIE

OPZIONE BASE

QUOTA CONTRIBUTIVA

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

TIPOLOGIA DI ASSISTITO	SETTORE			
	Energia Petrolio	Gas Acqua	Industria Ceramiche	Attività Minerarie
Costo Opzione	€ 262,30	€ 269,00	-	-
di cui a carico dell'Azienda	€ 178,30	€ 130,00	-	-
di cui carico del Lavoratore	€ 84,00	€ 139,00	-	-
Prosecutore volontario	€ 233,00	€ 233,00	€ 233,00	€ 233,00
Nucleo Familiare	incluso*	Incluso*	Incluso*	-

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

I massimali si intendono riferiti all'intero nucleo familiare.

COPERTURA SANITARIA

Sono rimborsabili le spese sostenute a seguito di:

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

(La copertura per i Procuratori volontari è prevista per i punti A e B solo nella forma Diretta)

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 (risultante dal referto operatorio), 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 espanto, cure, medicinali e rette di degenza
- 5) ricoveri per cure e terapie oncologiche



- 6) trasporto dell'avente diritto in ambulanza, treno o aereo di linea, in Italia e all'estero, dal domicilio all'Istituto di cura e viceversa, nonché trasporto dell'avente diritto e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea entro il limite massimo di € 520,00

MASSIMALI

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

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

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

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

FRANCHIGIE E SCOPERTI

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

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

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

DOCUMENTAZIONE

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

B. PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO E INDENNITA'

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

- A. nei 60 giorni precedenti il ricovero (e ad esso correlate) per:
 - analisi di laboratorio
 - accertamenti diagnostici
 - visite mediche specialistiche
- B. nei 90 giorni successivi alla fine del ricovero (e ad esso correlate) per:
 - analisi di laboratorio
 - accertamenti diagnostici
 - medicinali (prescritti nella cartella clinica/scheda di dimissione ospedaliera delle dimissioni dall'ospedale/casa di cura)
 - prestazioni mediche ed infermieristiche
 - trattamenti fisioterapici e rieducativi
 - acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche)
 - cure termali (escluse le spese di natura alberghiera)

In caso di patologie oncologiche il periodo si intende elevato a 210 giorni.

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

MASSIMALI

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

FRANCHIGIE E SCOPERTI

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



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

- 25% con un minimo non indennizzabile 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 pernottamento) per una durata massima di 90 giorni per ciascun anno solare:

- € 80,00 al giorno per RICOVERI ORDINARI
- € 100,00 al giorno per i GRANDI INTERVENTI

DOCUMENTAZIONE

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

D. ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA

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

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

Il contributo erogato per i lavoratori che applicano il CCNL 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.

F. TEST ONCOFOCUS (Test oncologico di precisione)

L'Oncofocus Test è il test di precisione oncologica che genera un quadro completo delle mutazioni attivabili e fornisce all'oncologo uno schema molecolare dettagliato per adottare le migliori scelte terapeutiche.

Il FASIE prevede l'erogazione di un contributo erogato nella misura di € 500,00, come descritto nell'allegato D- Oncofocus.

OPZIONE STANDARD

QUOTA CONTRIBUTIVA

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

TIPOLOGIA DI ASSISTITO	SETTORE			
	Energia Petrolio	Gas Acqua	Industria Ceramiche	Attività Minerarie
Costo Opzione	€ 350,30	€ 357,00	€ 280,00	€ 288,00
di cui a carico dell'Azienda	€ 178,30	€ 130,00	€ 140,00	€ 204,00
di cui carico del Lavoratore	€ 172,00	€ 227,00	€ 140,00	€ 84,00
Prosecutore volontario	€ 542,00	€ 542,00	€ 542,00	€ 542,00
Nucleo Familiare	incluso *	incluso *	incluso *	incluso *
Coniuge e figlio fino a 26 anni del Lavoratore	€ 198,00	€ 198,00	€ 186,00	€ 186,00
Altro familiare convivente del Lavoratore	€ 384,00	€ 384,00	€ 372,00	€ 372,00
Familiare del Prosecutore Volontario	€ 494,00	€ 494,00	€ 494,00	€ 494,00

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

COPERTURA SANITARIA

Sono rimborsabili le spese sostenute a seguito di:

- A. RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI
- B. RICOVERI ORDINARI con o senza intervento chirurgico, anche in regime di Day-Hospital
- C. PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO E INDENNITA'
- 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
- J. TEST ONCOFOCUS

(La copertura per i Procuratori volontari è prevista per i punti A, B, C E solo nella forma Diretta)

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 (risultante dal referto operatorio), 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 treno o aereo di linea, in Italia e all'estero dal domicilio all'Istituto di cura e viceversa, nonché trasporto dell'avente diritto e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea entro il limite del 5% del massimale rimborsabile.

MASSIMALI

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

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

FRANCHIGIE E SCOPERTI

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

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

DOCUMENTAZIONE

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

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

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

- 1) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio), 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, treno o aereo di linea, in Italia e all'estero, dal domicilio all'Istituto di cura e viceversa, nonché trasporto dell'avente diritto e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea entro il limite del 5% del massimale rimborsabile.

MASSIMALI

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

FRANCHIGIE E SCOPERTI

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

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

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

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

Nel caso di ricovero per terapie oncologiche (effettuate sia in regime di day-hospital sia in regime ambulatoriale) conseguente un ricovero con intervento non viene applicata franchigia se effettuato nei 210 giorni successivi al ricovero principale.

In assenza di ricovero con intervento, la prima seduta per terapie oncologiche (effettuate sia in regime di day-hospital sia in regime ambulatoriale) è considerata come primo giorno di ricovero. Le successive terapie non saranno soggette a franchigia se effettuate entro i 210 giorni dalla prima seduta.

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

DOCUMENTAZIONE

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

C. PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO E INDENNITA'

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

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

- analisi di laboratorio
- accertamenti diagnostici
- visite mediche specialistiche

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

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

- analisi di laboratorio
- accertamenti diagnostici
- visite mediche specialistiche
- medicinali (prescritti nella cartella clinica/scheda di dimissione ospedaliera delle dimissioni dall'ospedale/casa di cura)
- prestazioni mediche ed infermieristiche
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, se conseguenti ad infortunio o intervento chirurgico, effettuati da fisioterapisti o centri specialistici di fisioterapia
- acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche)
- cure termali (escluse le spese di natura alberghiera)
- trattamenti di terapia citostatica o antiblastica anche a domicilio in Day-Hospital (NON CHIARO)
- agopuntura se praticata da medici
- interventi chirurgici effettuati in regime ambulatoriale o di Day-Hospital
- terapia psicologica in seguito a trattamento chemioterapico per patologia 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 (effettuate sia in regime di day-hospital sia in regime ambulatoriale) è considerata come primo giorno di ricovero. Le successive terapie non saranno soggette a franchigia se effettuate entro i 210 giorni dalla prima seduta.



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

MASSIMALI

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

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

FRANCHIGIE E SCOPERTI

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

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

Nel caso di patologie oncologiche non è prevista franchigia.

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

DOCUMENTAZIONE

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

D. INDENNITÀ SOSTITUTIVA

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

- € 80,00 al giorno per RICOVERI ORDINARI
- € 100,00 al giorno per i GRANDI INTERVENTI

DOCUMENTAZIONE

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

E. POLISPECIALISTICA

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

- 1) visite mediche specialistiche, a seguito di patologia o di infortunio. Per le visite psicologiche, neurologiche, psichiatriche, dietologiche e di chirurgia plastica (rientra in garanzie solo le prime 2 visite al fine di accertare la presenza di una eventuale patologia) è necessario 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.

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, ad eccezione delle spese per ticket sanitari e per le terapie oncologiche.

DOCUMENTAZIONE

Per ottenere il rimborso è necessario presentare la fattura o la ricevuta fiscale dove 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 con la patologia.

F. LENTI A CONTATTO ED OCCHIALI DA VISTA

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

DOCUMENTAZIONE

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

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

G. TICKET

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

I Ticket 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, ad esclusione dei lavoratori del settore Ceramiche, derivati da infortunio sul lavoro o malattia/intervento chirurgico e



destinato ai Titolari del vincolo associativo, come descritto nell'Allegato C – ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA.

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

Il contributo erogato per i lavoratori che applicano il CCNL 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.

J. TEST ONCOFOCUS (Test oncologico di precisione)

L'Oncofocus Test è il test di precisione oncologica che genera un quadro completo delle mutazioni attivabili e fornisce all'oncologo uno schema molecolare dettagliato per adottare le migliori scelte terapeutiche.

Il FASIE prevede l'erogazione di un contributo erogato nella misura di € 500,00, come descritto nell'allegato D- Oncofocus.

OPZIONE EXTRA

QUOTA CONTRIBUTIVA

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

TIPOLOGIA DI ASSISTITO	SETTORE			
	Energia Petrolio	Gas Acqua	Industria Ceramiche	Attività Minerarie
Costo Opzione	€ 500,30	€ 507,00	€ 435,00	€ 443,00
di cui a carico dell'Azienda	€ 178,30	€ 130,00	€ 140,00	€ 204,00
di cui carico del Lavoratore	€ 322,00	€ 377,00	€ 295,00	€ 239,00
Prosecutore volontario	€ 810,00	€ 810,00	€ 810,00	€ 810,00
Nucleo Familiare	incluso *	incluso *	incluso *	
Coniuge e figlio fino a 26 anni del Lavoratore	€ 198,00	€ 198,00	€ 186,00	€ 186,00
Altro familiare convivente del Lavoratore	€ 384,00	€ 384,00	€ 372,00	€ 372,00
Familiare del Prosecutore Volontario	€ 494,00	€ 494,00	€ 494,00	€ 494,00

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

COPERTURA SANITARIA

Sono rimborsabili le spese sostenute a seguito di:

- A. RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI
- B. RICOVERI ORDINARI con o senza intervento chirurgico, anche in regime di Day-Hospital
- C. PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO E INDENNITA'
- 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
- K. TEST ONCOFOCUS

(La copertura per i Procuratori volontari è prevista per i punti A, B, C, E, H solo nella forma Diretta)

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 (risultante dal referto operatorio), 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, treno o aereo di linea, in Italia e all’estero, dal domicilio all’Istituto di cura e viceversa, nonché trasporto dell’avente diritto e di un eventuale accompagnatore all’estero e ritorno, in treno o in aereo di linea entro il limite del 5% del massimale rimborsabile.

MASSIMALI

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

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

FRANCHIGIE E SCOPERTI

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

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

DOCUMENTAZIONE

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

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

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

- 1) onorari del chirurgo, dell’aiuto, dell’assistente, dell’anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all’intervento (risultante dal referto operatorio), 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 onnicomprensivo di € 275,00 per evento senza franchigia
- 5) trasporto dell’avente diritto in ambulanza, treno o aereo di linea, in Italia e all’estero, dal domicilio all’Istituto di cura e viceversa, nonché trasporto dell’avente diritto e di un eventuale



accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea entro il limite del 5% del massimale rimborsabile.

MASSIMALI

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

FRANCHIGIE E SCOPERTI

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

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

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

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

Nel caso di ricovero per terapie oncologiche (effettuate sia in regime di day-hospital che in regime ambulatoriale) conseguente un ricovero con intervento non viene applicata franchigia se effettuato nei 210 giorni successivi al ricovero principale.

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

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

DOCUMENTAZIONE

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

C. PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO E INDENNITA'

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

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

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

- B. nei 90 giorni successivi il ricovero e ad esso correlate (ad esclusione dei ricoveri in Day-Hospital a degenza diurna) per:
- analisi di laboratorio
 - accertamenti diagnostici
 - visite mediche specialistiche
 - medicinali (prescritti nella cartella clinica/scheda di dimissione ospedaliera delle dimissioni dall'ospedale/casa di cura)
 - prestazioni mediche ed infermieristiche
 - trattamenti fisioterapici e rieducativi, se conseguenti ad infortunio o intervento chirurgico, effettuati da fisioterapisti o centri specialistici di fisioterapia
 - acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche)



- cure termali (escluse le spese di natura alberghiera)
- trattamenti di terapia citostatica o antitumorale anche a domicilio in Day-Hospital
- agopuntura se praticata da medici
- interventi chirurgici effettuati in regime ambulatoriale o di Day-Hospital
- terapia psicologica in seguito a trattamento chemioterapico per patologia oncologica

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 (effettuate sia in regime di day-hospital sia in regime ambulatoriale) è considerata come primo giorno di ricovero. Le successive terapie non saranno soggette a franchigia se effettuate entro i 210 giorni dalla prima seduta.

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

MASSIMALI

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

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

FRANCHIGIE E SCOPERTI

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

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

Nel caso di patologie oncologiche non è prevista franchigia.

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

DOCUMENTAZIONE

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

D. INDENNITÀ SOSTITUTIVA

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

- € 80,00 al giorno per RICOVERI ORDINARI
- € 100,00 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 necessaria 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.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

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

DOCUMENTAZIONE

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

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

LENTI A CONTATTO ED OCCHIALI DA VISTA

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

DOCUMENTAZIONE

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

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



F. TICKET

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

I Ticket sono tutti rimborsabili e, tranne i ticket per cure odontoiatriche, rientrano nel massimale della polispecialistica.

G. CURE ODONTOIATRICHE

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

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

Sono esclusi le prestazioni ortodontiche.

MASSIMALI

Le cure odontoiatriche vengono rimborsate fino alla concorrenza della somma di € 600,00 per cicli di cura effettuati e fatturati nell'anno in corso.

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

FRANCHIGIE E SCOPERTI

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

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

H. ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA

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

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

Il contributo erogato per i lavoratori che applicano il CCNL 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.

J. ONCOFOCUS (Test oncologico di precisione)

L'Oncofocus Test è il test di precisione oncologica che genera un quadro completo delle mutazioni attivabili e fornisce all'oncologo uno schema molecolare dettagliato per adottare le migliori scelte terapeutiche.

Il FASIE prevede l'erogazione di un contributo erogato nella misura di € 500,00, come descritto nell'allegato D- Oncofocus.



OPZIONE PLUS

QUOTA CONTRIBUTIVA

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

TIPOLOGIA DI ASSISTITO	SETTORE			
	Energia Petrolio	Gas Acqua	Industria Ceramiche	Attività Minerarie
Costo Opzione	€ 1.028,30	€ 1.058,00	€ 845,00	€ 853,00
di cui a carico dell'Azienda	€ 178,30	€ 130,00	€ 140,00	€ 204,00
di cui carico del Lavoratore	€ 850,00	€ 928,00	€ 705,00	€ 649,00
Prosecutore volontario	€ 1292,00	€ 1292,00	€ 1292,00	€ 1292,00
Nucleo Familiare	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 E INDENNITA'
- 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
- K. TEST ONCOFOCUS
- L. PACCHETTO MATERNITÀ
- M. PACCHETTO PREVENZIONE

(La copertura per i Procuratori volontari è prevista per i punti A, B, C, E, H solo nella forma Diretta)

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 (risultante dal referto operatorio), 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, treno o aereo di linea, in Italia e all'estero, dal domicilio all'Istituto di cura e viceversa, nonché trasporto dell'avente diritto e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea entro il limite del 5% del massimale rimborsabile.

MASSIMALI

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

FRANCHIGIE E SCOPERTI

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

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

DOCUMENTAZIONE

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

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

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

- 1) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio), 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, treno o aereo di linea, in Italia e all'estero, dal domicilio all'Istituto di cura e viceversa, nonché trasporto dell'avente diritto e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea entro il limite del 5% del massimale rimborsabile.

MASSIMALI

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

FRANCHIGIE E SCOPERTI

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

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

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

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

Nel caso di ricovero per terapie oncologiche (effettuate sia in regime di day-hospital che in regime ambulatoriale) conseguente un ricovero con intervento per patologia oncologica non viene applicata franchigia se effettuato nei 210 giorni successivi al ricovero principale.

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

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

DOCUMENTAZIONE

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

C. PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO E INDENNITA'

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

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

- analisi di laboratorio
- accertamenti diagnostici
- visite mediche specialistiche

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

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

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

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 (effettuate sia in regime di day-hospital sia in regime ambulatoriale) è considerata come primo giorno di ricovero. Le successive terapie non saranno soggette a franchigia se effettuate entro i 210 giorni dalla prima seduta.

MASSIMALI

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

FRANCHIGIE E SCOPERTI

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

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

Nel caso di patologie oncologiche non è prevista franchigia.

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

DOCUMENTAZIONE

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

D. INDENNITÀ SOSTITUTIVA

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

- € 80,00 al giorno per RICOVERI ORDINARI
- € 100,00 al giorno per i GRANDI INTERVENTI

DOCUMENTAZIONE

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

E. POLISPECIALISTICA

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

- 1) visite mediche specialistiche, a seguito di patologia o di infortunio. Per le visite psicologiche neurologiche, psichiatriche, dietologiche e di chirurgia plastica (rientra in garanzie solo le prime 2 visite al fine di accertare la presenza di una eventuale patologia) è necessaria 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
- 7) 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.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

E' prevista a carico dell'Assistito l'applicazione di uno scoperto del 30% con un minimo di € 26,00 per ogni prestazione (effettuate sia in regime di day-hospital sia in regime ambulatoriale) ad eccezione delle spese per ticket sanitari e per le terapie oncologiche.

DOCUMENTAZIONE

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

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

F. LENTI A CONTATTO ED OCCHIALI DA VISTA

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

DOCUMENTAZIONE

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

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

G. TICKET

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

I Ticket 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 € 600,00 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 ad € 155,00 per anno, fino alla concorrenza del massimale.

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

I. ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA

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

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

Il contributo erogato per i lavoratori che applicano il CCNL 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.

K. TEST ONCOFOCUS (Test oncologico di precisione)

L'Oncofocus Test è il test di precisione oncologica che genera un quadro completo delle mutazioni attivabili e fornisce all'oncologo uno schema molecolare dettagliato per adottare le migliori scelte terapeutiche.

Il FASIE prevede l'erogazione di un contributo erogato nella misura di € 500,00, come descritto nell'allegato D- Oncofoc

SERVIZIO DI ASSISTENZA IN EMERGENZA

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

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

SERVIZIO DI CONSULENZA MEDICA

Il servizio fornisce informazioni in merito a:

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

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

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

SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA PERMANENTE

Il Servizio di Guardia Medica Permanente, consente, attraverso un presidio medico continuativo, di ricevere un riscontro costante nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria).

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

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

SERVIZIO DI TRASPORTO IN AMBULANZA

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

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

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

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Per la gestione delle urgenze e per i casi di forzata immobilità è disponibile una rete costituita da: medici specialistici, fisioterapisti, infermieri, operatori socio-assistenziali, medici agopuntori, omeopati, ottici per un totale di oltre 2.000 operatori sanitari qualificati.

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

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

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



ALLEGATI

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

FACCIA E BOCCA

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

COLLO

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

TORACE

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

CHIRURGIA CARDIACA

- Tutti gli 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
- Eemicolectomie con linfadenectomia
- Resezioni del colon.
- Interventi per asportazione di tratti di tenue

RETTO-ANO

- Amputazione del retto

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezione epatica
- Coledocoepatico duodenostomia
- Coledocoepatico digiunostomia
- Papillotomia per via transduodenale
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari

PANCREAS-MILZA

- Interventi per necrosi acuta del pancreas
- Interventi per cisti e pseudo cisti:
 - a) enucleazione delle cisti
 - b) marsupializzazione
 - c) interventi di derivazione interna.
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi demolitivi (parziali o totali) sul pancreas
- Splenectomia
- Anastomosi portacava, splenorenale ed altre anastomie portosistemiche

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche.
- Neurinoma acustico
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico
- Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta
- Operazioni per encefalomeningocele.
- Lobotomia ed altri interventi similari
- Talamotomia pallidotomia ed altri interventi similari
- Interventi per epilessia focale
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie ed altre affezioni meningomi dollari, radicotomie
- Neurotomia retrogasseriana sezione intracranica di altri nervi

SIMPATICO E VAGO

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

CHIRURGIA VASALE

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

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Idrocefalo ipersecretivo
- Polmone cistico o policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale, enterogena o nervosa (simpatoblastoma)
- Interventi per occlusione intestinale del neonato
- Interventi per megauretere:
- Interventi per Megacolon
- Trattamento chirurgico per Ernie diaframmatiche

ARTICOLAZIONI

- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomy
- Interventi di artroprotesi

UROLOGIA

- Interventi per fistola vescicorettaie

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

APPARATO GENITALE MASCHILE

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia
- Prostatectomia radicale

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per tumori maligni

OTORINOLARINGOIATRIA

Naso:

- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale

Laringe:

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

TRAPIANTI D'ORGANO

- Tutti, se eseguiti presso strutture accreditate ed autorizzate

ALLEGATO 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.

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

CRITERI PER L'ACCERTAMENTO DELLA PERDITA DELL'AUTOSUFFICIENZA

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

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

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

MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

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

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

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

DECORRENZA

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

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

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

EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE

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

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

CONTROVERSIE

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

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

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

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

CONTROLLI ANNUALI

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

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

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

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

FARSI IL BAGNO		
1° GRADO	L'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo	Punteggio 0
2° GRADO	L'Assistito necessita di assistenza per entrare/uscire dalla vasca da bagno	Punteggio 5
3° GRADO	L'Assistito necessita di assistenza per entrare/uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno	Punteggio 10
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 continente	Punteggio 0
2° GRADO	L'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno	Punteggio 5
3° GRADO	L'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come il catetere o la colostomia	Punteggio 10
BERE E MANGIARE		
1° GRADO	L'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti	Punteggio 0
2° GRADO	L'Assistito necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie (1) sminuzzare/tagliare il cibo (2) sbucciare la frutta (3) aprire un contenitore/scatola (4) versare bevande nel bicchiere	Punteggio 5
3° GRADO	L'Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale	Punteggio 10



ALLEGATO D – ONCOFOCUS (test oncologico di precisione)

Il Fasie con accordo stipulato con la società Oncologica UK Ltd Srl assicura ai propri aderenti il test Oncofocus.

L'Oncofocus Test è il test di precisione oncologica che genera un quadro completo delle mutazioni attivabili e fornisce all'oncologo uno schema molecolare dettagliato per adottare le migliori scelte terapeutiche.

L'Oncofocus Test viene eseguito su comuni campioni istologici della biopsia realizzata per effettuare la diagnosi iniziale e conservati negli archivi patologici degli ospedali.

Le mutazioni individuate da Oncofocus vengono collegate a 717 terapie target o combinazioni di farmaci. Il risultato è che Oncofocus individua nuove opzioni terapeutiche per il 90% dei pazienti.

Il Test viene eseguito presso i laboratori di Oncologica di Cambridge. Il relativo Report Clinico sarà disponibile per il medico, mediamente entro 15 giorni lavorativi dalla ricezione del campione.

Gli aderenti al FASIE per informazioni e per avviare il processo devono essere in possesso della richiesta del medico oncologo curante e contattare il numero 3892021501 dove verranno fornite tutte le indicazioni per l'effettuazione del Test, compreso la data e il luogo del ritiro del campione istologico, interamente gestito dal personale di Oncologica, nonché le modalità di pagamento.

E' importante che al momento del contatto telefonico venga comunicato di essere iscritto al FASIE, infatti per gli iscritti Fasie il Test in convenzione costa 1800,00 euro.

MASSIMALE

Il Fasie parteciperà per l'onere finanziario previsto per effettuare il Test nella misura di € 500,00, si intende a persona (pagante) nell'ambito di ogni annualità.

DOCUMENTAZIONE

Per ottenere il rimborso del Test è necessario presentare la fattura entro 60 giorni dalla data della fattura.

Il fondo si riserva di richiedere all'associato la prescrizione del medico oncologo curante necessaria per l'effettuazione del test.



ALLEGATO E-Pacchetto Maternità

❖ Chi può beneficiarne.

Tutte le iscritte/gli iscritti al Fondo Fasie sono automaticamente coperte ivi compresi coniugi e le conviventi degli iscritti purché con copertura associativa.

❖ 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 ed 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 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





