

ACCORDO NAZIONALE IN MATERIA ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA IN APPLICAZIONE DELLA NORMA DI CUI AL PUNTO B) PARTE IX “WELFARE DI SETTORE” DEL CCNL 22/11/2010.

In data 27 luglio 2012, a Sassuolo

CONFINDUSTRIA CERAMICA rappresentata dal Presidente della Commissione Sindacale Enzo Donald Mularoni, dal Direttore Generale Armando Cafiero e dal Responsabile Area Lavoro Glauco Roberti

e

FILCTEM-CGIL rappresentata da Maurizio Bertona

FEMCA-CISL rappresentata da Angelo Colombini

UILCEM-UIL rappresentata dal Commissario Carmelo Barbagallo e da Igor Bonatesta

premessato che

- il punto B) – Assistenza Sanitaria - parte IX -Welfare di settore - del CCNL 22 novembre 2010 stabilisce che: “A far data dal 1° settembre 2012 sarà attivato un sistema di assistenza sanitaria integrativa per tutte le aziende rientranti nella sfera di applicabilità del contratto definita all’art. 1 del Capitolo II, ad esclusione di quelle indicate nell’ultimo comma. Al riguardo un’apposita Commissione paritetica si incontrerà per esaminare e proporre il sistema di assistenza sanitaria integrativa valutato più adeguato (es. adesione a fondo categoriale o adesione a fondo aperto o polizza assicurativa o altro), fermo sin da ora restando, che tale sistema dovrà essere coerente con i principi, le condizioni, le modalità operative, i criteri di rappresentanza, le prestazioni ed i costi di cui al sistema già in essere sino al 30 giugno 2011 per le imprese dei “settori ceramica”, giusto accordo 16 giugno 2010. La Commissione dovrà concludere i lavori entro il 30 giugno 2012. Dal sistema attivato dal 1° settembre 2012 saranno escluse le aziende che disporranno di un proprio sistema aziendale di assistenza sanitaria”;

- in data 17 luglio 2012 le Parti hanno sottoscritto un accordo per l’adozione del sistema di assistenza sanitaria integrativa gestito dal Fondo Assistenza Sanitaria Imprese Energia (FASIE), subordinandone l’efficacia operativa all’accoglimento da parte di questo della debita istanza di ammissione,

- il Fondo Sanitario Integrativo Imprese Energia (FASIE) ha dato riscontro positivo a detta istanza e quindi si è realizzata la condizione per l’attivazione del sistema dal 1° settembre 2012;

-tutto ciò premesso;


hanno convenuto quanto segue

A far data dal 1° settembre 2012 il punto B) "Welfare di settore" parte IX ed il punto B) "Welfare di settore" parte IX Welfare del Capitolo VII del CCNL 20 novembre 2010 vengono sostituiti dal punto B) "Welfare di settore" parte IX riportato nell'allegato al presente accordo.

CONFINDUSTRIA CERAMICA



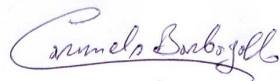
FILCTEM-CGIL



FEMCA-CISL



UILCEM – UIL



PARTE IX WELFARE DI SETTORE PUNTO B) ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

A far data dal 1° settembre 2012, per tutte le aziende rientranti nella sfera di applicabilità del CCNL 22 novembre 2010, ad eccezione di quelle previste al successivo punto 5) del presente allegato sarà adottato il sistema di assistenza sanitaria integrativa gestito dal Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa Energia (FASIE).

Norma transitoria

Il sistema sarà operativo dal 1° settembre 2012 esclusivamente per i lavoratori che alla data del presente accordo saranno aderenti al sistema sanitaria integrativa gestito da FONSAI in attuazione dell'accordo 27 giugno 2008 a valere per le aziende dei settori Ceramica (ceramica sanitaria, porcellane ceramica per uso domestico e ornamentale, ceramica tecnica, tubi in gres) iscritte.

Per gli altri lavoratori il sistema sarà operativo dal 1° gennaio 2013, sempreché la loro adesione sia avvenuta entro il 31 ottobre 2012.

Il sistema avrà la seguente disciplina:

1) ADESIONE

L'adesione al sistema ha carattere volontario e necessita di espressa manifestazione di volontà del lavoratore.

L'adesione del lavoratore determina per l'azienda l'onere di contribuzione previsto al successivo punto 4) "Contributi".

La mancata adesione del lavoratore non determina per l'azienda l'onere di contribuzione previsto al successivo punto 4) "Contributi" né alcun altro onere.

A livello individuale il sistema è operativo a decorrere dal 1° gennaio di ogni anno per coloro che avranno aderito entro il 31 ottobre dell'anno precedente e dal 1° luglio di ogni anno per coloro che avranno aderito entro il 30 aprile dell'anno in corso.

È prevista l'iscrizione volontaria del nucleo familiare del lavoratore dipendente iscritto al programma di assistenza sanitaria integrativa, a fronte di un contributo annuo aggiuntivo interamente a carico del lavoratore interessato

2) PRESTAZIONI STANDARD

Vedi Allegato 1

3) PRESTAZIONI AGGIUNTIVE VOLONTARIE (Opzioni EXTRA e PLUS) e CONTRIBUTIONE

Vedi Allegati 2 e 3

4) CONTRIBUTI PRESTAZIONI STANDARD

- Per le PRESTAZIONI STANDARD il contributo annuo per dipendente iscritto ammonta ad € 280,00 ed così ripartito:

- € 140,00 a carico dell'azienda;
- € 140,00 a carico del lavoratore

Il contributo viene pagato in un'unica soluzione entro il 15 gennaio per coloro che avranno aderito entro il 31 ottobre dell'anno precedente ed entro il 15 luglio per coloro che avranno aderito entro il 30 aprile dell'anno in corso.

Il contributo è anticipato per intero dall'azienda, anche per quanto riguarda la quota a carico de lavoratore. L'azienda recupera quanto anticipato in dodici rate mensili (in sei rate mensili per colori i quali aderiscono in corso d'anno), operando le relative trattenute in busta paga.

5) DURATA

Il programma di assistenza sanitaria integrativa è a tempo indeterminato e si potrà recedere dallo stesso per accordo delle parti stipulanti il CCNL, con previsione, in via transitoria ed iniziale, di una durata triennale da 1° settembre 2012 al 31 agosto 2015.

Dal sistema di assistenza sanitaria integrativa attivato dal presente accordo saranno escluse le aziende che disporranno di un proprio sistema aziendale di assistenza sanitaria. Tali aziende potranno, d'intesa con le rappresentanze dei lavoratori, aderire al sistema sanitario integrativo attivato dal presente accordo in sostituzione del sistema aziendale esistente.

ALLEGATO 1
OPZIONE STANDARD

Per i lavoratori e rispettivi familiari cui si applica il C.C.N.L. Piastrelle di Ceramica, Materiali refrattari e Ceramica Sanitaria

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

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

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

I costi per l'opzione standard sono i seguenti:

per l'iscrizione del dipendente: € 140,00 annui

per l'iscrizione del familiare del dipendente: € 186,00 annui

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

A. ELENCO DELLE PRESTAZIONI EROGABILI

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

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

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

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

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

22) per trasporto in ambulanza del paziente per il ricovero nell'Istituto di Cura e da questo al domicilio, fino al limite del 5% del massimo rimborsabile;

23) per interruzione di gravidanza post-traumatica spontanea;

24) per interventi chirurgici in Day-Hospital;

25) per trattamenti di terapia citostatica o antitumorale anche a domicilio in Day-Hospital;

26) in tickets relative a prestazioni di fisioterapia effettuata tramite il Servizio Sanitario Nazionale, se effettuata nei 90 giorni successivi un ricovero in Day-Surgery ASL (ricoveri con intervento in struttura pubblica)

Massimale

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

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

Indennità sostitutiva

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

Franchigie e scoperti

a) In regime di assistenza diretta

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

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

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

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

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

b) In regime di assistenza rimborsuale

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

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

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

4. I ricoveri consequenziali e consecutivi al Ricovero con Grande Intervento, saranno considerati

come “Ricoveri Ordinari”.

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

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

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

nei 60 giorni precedenti il ricovero con pernottamento e nei 90 giorni successivi il ricovero con pernottamento;

nei 60 giorni precedenti il ricovero e nei 210 giorni dopo il ricovero per le malattie oncologiche;

la retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore col massimo di Euro 55,00 per giorno fino ad un massimo di 90 giorni per anno finanziario (tali spese dovranno essere documentate con regolare fattura o ricevuta fiscale).

Massimale

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

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

Indennità sostitutiva

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

Franchigie e scoperti

a) In regime di assistenza diretta

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

b) In regime di assistenza rimborsuale

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

A.3) POLISPECIALISTICA

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

onorari di visite specialistiche, effettuate da medici forniti di specializzazione (specializzazioni riconosciute dal Ministero dell'Istruzione), in presenza di una situazione di malattia (che significa ogni e qualsiasi alterazione dello stato di salute) o di infortunio; **per le visite neurologiche, psichiatriche, dietologiche e di chirurgia plastica occorre la diagnosi;**

interventi chirurgici ambulatoriali effettuati da medici forniti di specializzazione, comprese le relative visite specialistiche, intendendosi per tali quelli effettuati senza ricovero, comportanti anche suture, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia, diatermocoagulazione; parto non cesareo effettuato a domicilio purché con assistenza medica (comprese le spese ostetriche) fino a Euro 275,00 per evento;

Amniocentesi;

Tomografia Assiale Computerizzata (T.A.C.) con esclusione delle arcate dentarie;

Risonanza Magnetica Nucleare (R.M.N.);

Elettromiografia;

Ecografia;

Epiluminescenza;

Mineralometria Ossea Computerizzata (M.O.C.);

Mammografia;

Tomoscintigrafia miocardica;

PET (Positron Emission Tomography);

PAP-TEST;

RIM-PROB.

Massimale

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

Franchigie e scoperti

a) In regime di assistenza diretta

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

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

b) In regime di assistenza rimborsuale

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

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

A.4) LENTI A CONTATTO ED OCCHIALI DA VISTA

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

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

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

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

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

ALLEGATO 2 **OPZIONE EXTRA**

Per i lavoratori e rispettivi familiari cui si applica il C.C.N.L. Piastrelle di Ceramica, Materiali refrattari e Ceramica Sanitaria

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

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

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

I costi per l'opzione extra sono i seguenti:

per l'iscrizione del dipendente: € 295,00 annui

per l'iscrizione del familiare del dipendente: € 186,00 annui

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

A. ELENCO DELLE PRESTAZIONI EROGABILI

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

18) Ablazione del tartaro

19) IPM (solo per il dipendente)

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

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

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

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

1) per assistenza e prestazioni mediche, onorari per visite mediche;

2) per analisi di laboratorio ed esami diagnostici;

3) per équipe operatoria, anestesista, diritti di sala operatoria, materiali di intervento (compresi apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento), tutori ortopedici (sostitutivi del gesso) applicati prima della dimissione dalla casa di cura;

4) per medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi;

5) per rette di degenza con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisore, telefono, ecc.;

6) per parto cesareo, interruzione di gravidanza post-traumatica o spontanea;

7) per parto non cesareo (comprese spese ostetriche) e interruzione di gravidanza terapeutica fino al limite massimo onnicomprensivo di Euro 275,00 per evento senza franchigia;

8) nei 60 giorni precedenti il ricovero con pernottamento e nei 90 giorni successivi il ricovero con pernottamento escluso il ricovero Day-Hospital (degenza diurna che non comporti pernottamento);

9) nei 60 giorni precedenti il ricovero e nei 210 giorni dopo il ricovero per le malattie oncologiche. E' compreso il Day-Hospital e il Day-Surgery per Malattie Oncologiche;

10) per assistenza e prestazioni mediche, onorari per visite mediche;

11) per agopuntura se praticata da medici;

12) per analisi di laboratorio ed esami diagnostici;

13) per interventi chirurgici ambulatoriali;

14) per medicinali, allegando la prescrizione medica, le fustelle e gli scontrini fiscali delle farmacie;

15) per terapia psicologica in seguito a trattamento chemioterapico per malattia oncologica;

16) per trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere) se conseguenti ad infortunio o intervento chirurgico, effettuati da fisioterapisti o centri specialistici di fisioterapia;

17) per rimborso dei seguenti tickets (con esclusione delle tasse regionali, quote dovute a titolo d'imposta e quota ricetta):

- analisi di laboratorio;

- esami diagnostici;

- visite specialistiche;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, se conseguenti ad infortunio o intervento chirurgico;

18) per trasporto in ambulanza del paziente per il ricovero nell'Istituto di Cura e da questo al domicilio, fino al limite del 5% del massimo rimborsabile;

19) per interruzione di gravidanza post-traumatica spontanea;

20) per interventi chirurgici in Day-Hospital;

21) per trattamenti di terapia citostatica o antitumorale anche a domicilio in Day-Hospital;

22) in tickets relative a prestazioni di fisioterapia effettuata tramite il Servizio Sanitario Nazionale, se effettuata nei 90 giorni successivi un ricovero in Day-Surgery ASL (ricoveri con intervento in struttura pubblica)

Massimale

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

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

Indennità sostitutiva

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

Franchigie e scoperti

a) In regime di assistenza diretta

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

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

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

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

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

b) In regime di assistenza rimborsuale

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

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

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

“Pre/Post Oncologici” non è prevista franchigia.

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

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

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

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

nei 60 giorni precedenti il ricovero con pernottamento e nei 90 giorni successivi il ricovero con pernottamento;

nei 60 giorni precedenti il ricovero e nei 210 giorni dopo il ricovero per le malattie oncologiche;

la retta di vitto e pernottamento dell’accompagnatore col massimo di Euro 55,00 per giorno fino ad un massimo di 90 giorni per anno finanziario (tali spese dovranno essere documentate con regolare fattura o ricevuta fiscale).

Massimale

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

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

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

Indennità sostitutiva

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

Franchigie e scoperti

a) In regime di assistenza diretta

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

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

b) In regime di assistenza rimborsuale

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

A.3) POLISPECIALISTICA

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

onorari di visite specialistiche, effettuate da medici forniti di specializzazione (specializzazioni riconosciute dal Ministero dell’Istruzione), in presenza di una situazione di malattia (che significa ogni e qualsiasi alterazione dello stato di salute) o di infortunio; **per le visite neurologiche, psichiatriche, dietologiche e di chirurgia plastica occorre la diagnosi;**

interventi chirurgici ambulatoriali effettuati da medici forniti di specializzazione, comprese le relative visite specialistiche, intendendosi per tali quelli effettuati senza ricovero, comportanti anche suture, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia, diatermocoagulazione;

parto non cesareo effettuato a domicilio purché con assistenza medica (comprese le spese ostetriche) fino a Euro 275,00 per evento;

Amniocentesi;

Tomografia Assiale Computerizzata (T.A.C.) con esclusione delle arcate dentarie;

Risonanza Magnetica Nucleare (R.M.N.);

Elettromiografia;

Ecografia;

Epiluminescenza;

Mineralometria Ossea Computerizzata (M.O.C.);

Mammografia;

Tomoscintigrafia miocardica;

PET (Positron Emission Tomography);

PAP-TEST;

RIM-PROB.

Massimale

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

Franchigie e scoperti

a) In regime di assistenza diretta

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

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

b) In regime di assistenza rimborsuale

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

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

A.4) LENTI A CONTATTO ED OCCHIALI DA VISTA

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

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

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

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

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

A.5) CURE ODONTOIATRICHE

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

Non sono riconosciute prestazioni ortodontiche (ad esempio visite ortodontiche, tac ortodontiche,

ortopantomografie ortodontiche, dentascan per cure e protesi ortodontiche).

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

a) In regime di assistenza diretta

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

b) In regime di assistenza rimborsuale

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

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

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

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

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

A.6) ABLAZIONE DEL TARTARO

a) In regime di assistenza diretta

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

b) In regime di assistenza rimborsuale

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

ALLEGATO 3 OPZIONE PLUS

Per i lavoratori e rispettivi familiari cui si applica il C.C.N.L. Piastrelle di Ceramica, Materiali refrattari e Ceramica Sanitaria

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

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

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

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

a carico del dipendente: € 705,00 annui

A. ELENCO DELLE PRESTAZIONI EROGABILI

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

19) IPM (solo per il dipendente)

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

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

1) per assistenza e prestazioni mediche, onorari per visite mediche;

2) per analisi di laboratorio ed esami diagnostici;

3) per équipe operatoria, anestesista, diritti di sala operatoria, materiali di intervento (compresi apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento), tutori ortopedici (sostitutivi del gesso) applicati prima della dimissione dalla casa di cura;

4) per medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi;

5) per rette di degenza con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisore, telefono, ecc.;

6) per parto cesareo, interruzione di gravidanza post-traumatica o spontanea;

7) per parto non cesareo (comprese spese ostetriche) e interruzione di gravidanza terapeutica fino al limite massimo onnicomprensivo di Euro 275,00 per evento senza franchigia;

8) nei 60 giorni precedenti il ricovero con pernottamento e nei 90 giorni successivi il ricovero con pernottamento escluso il ricovero Day-Hospital (degenza diurna che non comporti pernottamento);

9) nei 60 giorni precedenti il ricovero e nei 210 giorni dopo il ricovero per le malattie oncologiche. E' compreso il Day-Hospital e il Day-Surgery per Malattie Oncologiche;

10) per assistenza e prestazioni mediche, onorari per visite mediche;

11) per agopuntura se praticata da medici;

12) per analisi di laboratorio ed esami diagnostici;

13) per interventi chirurgici ambulatoriali;

14) per medicinali, allegando la prescrizione medica, le fustelle e gli scontrini fiscali delle farmacie;

15) per terapia psicologica in seguito a trattamento chemioterapico per malattia oncologica;

16) per trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere) se conseguenti ad infortunio o intervento chirurgico, effettuati da fisioterapisti o centri specialistici di fisioterapia;

17) per rimborso dei seguenti tickets (con esclusione delle esenzioni):

- analisi di laboratorio;

- esami diagnostici;

- visite specialistiche;

- trattamenti fisioterapici e rieducativi, se conseguenti ad infortunio o intervento chirurgico;

18) per trasporto in ambulanza del paziente per il ricovero nell'Istituto di Cura e da questo al

domicilio, fino al limite del 5% del massimo rimborsabile;

19) per interruzione di gravidanza post-traumatica spontanea;

20) per interventi chirurgici in Day-Hospital;

21) per trattamenti di terapia citostatica o antitumorale anche a domicilio in Day-Hospital;

22) in tickets relative a prestazioni di fisioterapia effettuata tramite il Servizio Sanitario Nazionale, se effettuata nei 90 giorni successivi un ricovero in Day-Surgery ASL (ricoveri con intervento in struttura pubblica)

Massimale

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

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

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

Indennità sostitutiva

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

Franchigie e scoperti

a) In regime di assistenza diretta

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

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

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

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

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

b) In regime di assistenza rimborsuale

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

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

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

“Pre/Post Oncologici” non è prevista franchigia.

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

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

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

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

- nei 60 giorni precedenti il ricovero con pernottamento e nei 90 giorni successivi il ricovero con pernottamento;
- nei 60 giorni precedenti il ricovero e nei 210 giorni dopo il ricovero per le malattie oncologiche;

la retta di vitto e pernottamento dell’accompagnatore col massimo di Euro 55,00 per giorno fino ad un massimo di 90 giorni per anno finanziario (tali spese dovranno essere documentate con regolare fattura o ricevuta fiscale).

Massimale

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

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

Indennità sostitutiva

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

Franchigie e scoperti

a) In regime di assistenza diretta

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

b) In regime di assistenza rimborsuale

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

A.3) POLISPECIALISTICA

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

onorari di visite specialistiche, effettuate da medici forniti di specializzazione (specializzazioni riconosciute dal Ministero dell’Istruzione), in presenza di una situazione di malattia (che significa ogni e qualsiasi alterazione dello stato di salute) o di infortunio; **per le visite neurologiche, psichiatriche, dietologiche e di chirurgia plastica occorre la diagnosi;**

interventi chirurgici ambulatoriali effettuati da medici forniti di specializzazione, comprese le relative visite specialistiche, intendendosi per tali quelli effettuati senza ricovero, comportanti anche suture, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia, diatermocoagulazione;

parto non cesareo effettuato a domicilio purché con assistenza medica (comprese le spese ostetriche) fino a Euro 275,00 per evento;

Amniocentesi;

Tomografia Assiale Computerizzata (T.A.C.) con esclusione delle arcate dentarie;

Risonanza Magnetica Nucleare (R.M.N.);

Elettromiografia;

Ecografia;

Epiluminescenza;

Mineralometria Ossea Computerizzata (M.O.C.);

Mammografia;

Tomoscintigrafia miocardica;

PET (Positron Emission Tomography);

PAP-TEST;

RIM-PROB.

Massimale

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

Franchigie e scoperti

a) In regime di assistenza diretta

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

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

b) In regime di assistenza rimborsuale

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

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

A.4) LENTI A CONTATTO ED OCCHIALI DA VISTA

1. Vengono liquidate le spese sostenute per l'acquisto di un solo paio di occhiali da vista completi o lenti a contatto fino a un rimborso massimo di Euro 50,00 per nucleo familiare incluso il dipendente/pensionato.

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

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

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

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

A.5) CURE ODONTOIATRICHE

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

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

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

a) In regime di assistenza diretta

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

b) In regime di assistenza rimborsuale

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

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

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

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

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

A.6) ABLAZIONE DEL TARTARO

a) In regime di assistenza diretta

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

b) In regime di assistenza rimborsuale

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

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

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

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

a) Informazione ed orientamento medico telefonico d'urgenza

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

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

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

L'équipe medica di cui la Centrale Operativa si avvale provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'assistito medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'assistito e il centro in questione 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 appropriate per la cura dello stesso, i medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'assistito.

c) Consulenza telefonica medico specialistica

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

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

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

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

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

Articolo 6. Servizio di guardia medica permanente

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

Articolo 7. Servizio di Assistenza Domiciliare

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

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

Ospedalizzazione domiciliare post ricovero

Invio di un medico post ricovero

Invio di un infermiere post ricovero

Invio di un fisioterapista post ricovero

Esami al domicilio post ricovero

Esiti al domicilio post ricovero

Farmaci urgenti al domicilio post ricovero

Spesa a domicilio / commissioni post ricovero

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

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