

FALCRI

confsat

silcea

UNISIN

UNITÀ SINDACALE FALCRI SILCEA

FONDO  
SANITARIO INTEGRATIVO  
GRUPPO INTESA SANPAOLO

*Regole e prestazioni "in pillole"*

**Personale in**  
**SERVIZIO ed ESODO**

**Decorrenza 1.1.2016**

FALCRI INTESA SANPAOLO

<p><b>COSTI E REGOLE PER L'ISCRIZIONE</b></p>	<p align="center"><b>Regole statutarie valide dal 1° gennaio 2016 IN ROSSO LE VARIAZIONI INTERCORSE RISPETTO AL 2015</b></p>
<p><b>Costi e base imponibile</b></p>	<p><b>1% a carico del lavoratore</b> in servizio o in esodo calcolato sullo stipendio imponibile INPS (con un max imponibile di euro 105.677,00 per l'anno 2013 rivalutato su base ISTAT);</p> <p><b>L'Azienda</b> contribuirà in aggiunta con una quota fissa di euro 951,30 annua (dato per l'anno 2013 rivalutato su base ISTAT)</p> <p>Il personale a tempo parziale pagherà la quota associativa su un imponibile determinato in "via virtuale", sulla base di quello riferito al corrispondente lavoro a tempo pieno</p> <p><b>Familiari fiscalmente a carico</b> (coniuge, figli, altri familiari fiscalmente a carico, questi ultimi fino a 80 anni di età):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>0,10% a carico dell'iscritto per familiare assicurato</b> (calcolato sullo stipendio imponibile INPS, con un massimo imponibile per il 2013 di euro 105.677,00) e massimo imputabile dello 0,30%</li> </ul> <p><b>Familiari fiscalmente non a carico</b> (coniuge, figli, genitori fino a 80 anni di età, fratelli/sorelle conviventi):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>0,90% a carico dell'iscritto per familiare assicurato</b> (calcolato sullo stipendio imponibile INPS del caponucleo, con un massimo imponibile per l'anno 2013 euro 105.677,00)</li> </ul> <hr/> <p><b>TRATTAMENTO FISCALE DELLE CONTRIBUTUZIONI</b></p> <p>La contribuzione versata al Fondo Sanitario, comprese le quote relative ai familiari beneficiari, non concorre alla formazione del reddito imponibile ai fini IRPEF nel limite complessivo, attualmente, di euro 3.615,20. Detto limite è comprensivo della quota a carico dell'azienda.</p> <p>Poiché l'importo della contribuzione effettivamente versata nel fondo è deducibile, <b>il costo di iscrizione effettivo a carico dell'iscritto è significativamente inferiore.</b></p> <p>Per gli attivi sarà il datore di lavoro ad operare tale deduzione dall'imponibile fiscale, operazione evidenziata nel CUD. Per il personale in esodo - invece - sarà il CAF ad operare la deduzione dagli eventuali redditi percepiti dall'esodato e diversi dall'assegno di esodo, in quanto il medesimo è soggetto a tassazione separata.</p> <p>Ricordiamo infine che la parte di spese mediche non rimborsate e rimaste a carico dell'iscritto è invece detraibile, sempre in sede di denuncia dei redditi.</p>
<p><b>Iscrizione: Modalità e tempistica</b></p>	<p>L'iscrizione al Fondo avviene automaticamente alla data di assunzione e l'interessato ha la possibilità di recedere entro il 4° mese successivo.</p> <p>Il recesso, se esercitato, è irrevocabile e quindi non sarà possibile reinscrivere successivamente.</p> <p>Nel rispetto della tempistica sopra riportata, è possibile estendere la copertura del Fondo Sanitario ai propri familiari fiscalmente e non fiscalmente a carico.</p> <p>In seguito, le ulteriori variazioni saranno possibili in caso di variazione del nucleo familiare.</p> <p>L'iscritto ha l'obbligo di comunicare tempestivamente al Fondo ogni variazione del proprio stato di famiglia e della situazione dei carichi familiari.</p> <p>Al momento del passaggio da attivo ad esodato è obbligatorio formalizzare – se interessati - la propria volontà di proseguire l'iscrizione al Fondo entro il 4° mese successivo al cambiamento di status.</p> <p>Normalmente l'ufficio Anagrafe invia dettagliata informativa in proposito, ma gli aventi diritto possono direttamente scaricare dall'apposita sezione del sito internet del Fondo i moduli e le istruzioni per tale formalizzazione e procedere di conseguenza.</p> <p>Al momento del passaggio da esodato a pensionato, oppure da attivo a pensionato, sempre entro i 4 mesi dall'evento, l'interessato dovrà confermare nuovamente l'iscrizione al Fondo, se interessato: in questo caso il nucleo resterà iscritto alla sezione attivi, con le relative percentuali contributive, regole e massimali, fino al 31 dicembre dell'anno in cui avviene il pensionamento, mentre il passaggio effettivo alla sezione pensionati, con le relative percentuali di contribuzione, regole e massimali, avrà luogo dal 1° gennaio successivo.</p> <p>Se invece non viene confermata l'iscrizione nella sezione pensionati, la copertura cessa il giorno precedente la decorrenza della pensione.</p>

<p><b>Iscrizione Familiari Fiscalmente a carico</b></p>	<p><b>Coniuge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• purchè in assenza di separazione legale;</li> <li>• non è necessaria la convivenza anagrafica.</li> </ul> <p><b>Figli, anche adottati</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• non è necessaria la convivenza anagrafica;</li> <li>• non vi è alcun limite di età anagrafica.</li> </ul> <p><b>Altri familiari (genitori, nonni, nipoti ex filio, fratelli/sorelle)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• devono essere parenti in linea retta o collaterale con l'iscritto;</li> <li>• devono avere una età anagrafica non superiore a 80 anni;</li> <li>• è necessaria la convivenza anagrafica risultante dallo stato di famiglia.</li> </ul> <p>E' possibile estendere la copertura a favore del solo coniuge e figli fiscalmente a carico.</p> <p>L'estensione a favore degli altri familiari fiscalmente a carico potrà avvenire se già inseriti in copertura il coniuge e figli e deve riguardare la totalità dei soggetti interessati.</p> <p><b>La qualifica di socio si perde a seguito di matrimonio/unione di fatto del familiare beneficiario, con l'eccezione del figlio fiscalmente a carico convivente con uno dei genitori.</b></p>
<p><b>Iscrizione Familiari Fiscalmente non a carico</b></p>	<p><b>Coniuge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• purchè in assenza di separazione legale;</li> <li>• non è necessaria la convivenza anagrafica.</li> </ul> <p><b>Coniuge di fatto (anche unioni omosessuali)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• convivenza anagrafica risultante dallo stato di famiglia.</li> </ul> <p><b>Figli, anche adottati</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• convivenza con uno dei genitori risultante da stato di famiglia.</li> </ul> <p><b>Figli, anche adottati, del coniuge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• convivenza con l'iscritto risultante dallo stato di famiglia.</li> </ul> <p><b>Genitori</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• età anagrafica non superiore a 80 anni;</li> <li>• convivenza risultante dallo stato di famiglia.</li> </ul> <p><b>Fratelli e/o Sorelle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• convivenza da stato di famiglia.</li> </ul> <p>E' possibile l'estensione della copertura del Fondo sanitario in favore del solo coniuge, anche di fatto, fiscalmente non a carico. L'estensione della copertura agli altri familiari deve riguardare la totalità dei soggetti interessati.</p> <p><b>La qualifica di socio si perde a seguito di matrimonio/unione di fatto del familiare beneficiario, con l'eccezione del figlio fiscalmente a carico convivente con uno dei genitori.</b></p>
<p><b>Recesso</b></p>	<p><b>Per il personale in servizio</b> è possibile recedere dal Fondo Sanitario solo dopo 7 anni dall'iscrizione.</p> <p><b>UNA VOLTA AVVENUTO IL RECESSO NON È PREVISTA LA POSSIBILITÀ DI SUCCESSIVA ISCRIZIONE.</b>  <b>E' stata introdotta la possibilità, per il familiare beneficiario maggiorenne, di chiedere esplicitamente e personalmente la revoca della propria iscrizione, senza possibilità di essere nuovamente reso beneficiario</b></p>
<p><b>Reiscrizioni di familiari</b></p>	<p><b>Nel caso in cui il familiare beneficiario che ha perso i requisiti di iscrizione al Fondo Sanitario per effetto della variazione di stato civile e/o della convivenza si trovi nuovamente nelle condizioni previste dallo Statuto per essere reso beneficiario delle prestazioni a parte di un iscritto al Fondo, la richiesta potrà essere accolta, con fruizione delle prestazioni decorso un anno intero dalla data della richiesta e pagamento della relativa contribuzione.</b></p> <p><b>Nel caso in cui il familiare rientri nello stesso nucleo familiare precedente, è dovuta anche la contribuzione per l'intero periodo intercorrente tra la precedente revoca e la nuova estensione, con un massimo di quattro anni.</b></p>
<p><b>Iscrizioni tardive dei familiari</b></p>	<p>L'iscrizione del familiare deve avvenire entro quattro mesi dalla data in cui si è determinato il diritto a renderlo beneficiario.</p> <p>Successivamente l'iscrizione è sempre possibile, ma con pagamento della contribuzione dal mese in cui si è determinato il diritto all'iscrizione – <b>con il limite massimo di quattro anni</b> – e con la fruizione delle prestazioni decorso un intero anno dalla data della richiesta, ad eccezione del coniuge e dei figli, in entrambi i casi fiscalmente a carico, che potranno invece fruire delle relative prestazioni dalla data della richiesta, fermo il pagamento del contributo pregresso come sopra esplicitato.</p>
<p><b><u>RIAPERTURA POSSIBILITA' DI ISCRIZIONE RISERVATA SOLO AI DIPENDENTI IN SERVIZIO</u></b></p> <p><b><u>FACOLTA' CONCESSA IN VIA STRAORDINARIA ED ECCEZIONALE, CHE DEVE ESSERE ESERCITATA ENTRO E NON ILTRE IL 30 GIUGNO 2016</u></b></p>	<p>Ecco le condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ mai iscritti al Fondo Sanitario oppure revocanti l'iscrizione nel periodo 1.1.2011-26.11.2015 senza aver usufruito delle relative prestazioni,</li> <li>✓ iscrizione dal 1° gennaio 2016, con esclusione per tutto il 2016 da qualsiasi prestazione, pagamento a decorrere dal 1° gennaio 2016 del "contributo di ingresso" nella misura dell'1% per il titolare, dello 0,10% (massimo 0,30%) per i familiari a carico <b>IN AGGIUNTA ALLA NORMALE QUOTA CONTRIBUTIVA</b>; mentre per ciascun familiare non a carico è corrisposto il contributo dello 0,90% ,</li> <li>✓ per il biennio 1.1.2017-31.12.2018 la copertura sarà garantita dalla polizza sanitaria (vedi appendice 2 dello Statuto). L'Azienda verserà il premio di polizza, mentre l'iscritto pagherà il contributo di ingresso di cui sopra e – per eventuali familiari non fiscalmente a carico – il premio richiesto dalla compagnia assicurativa.</li> <li>✓ Dal 1.1.2019 le prestazioni e le contribuzioni saranno quelle normalmente previste per gli iscritti al Fondo Integrativo.</li> </ul>

# PRESTAZIONI OSPEDALIERE

**(N.B.: in ospedali, cliniche o istituti universitari regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità**

	<b>Regolamento delle prestazioni Valido dal 1° gennaio 2016 IN ROSSO LE VARIAZIONI INTERCORSE RISPETTO AL 2015</b>
<b>Grande Intervento Chirurgico</b>	<p><b>Euro 300.000,00</b> per singolo evento, senza applicazione di franchigie.</p> <p>Le spese per rette di degenza sono liquidate entro il limite giornaliero di 350 euro (compresa IVA).</p> <p><b>Non viene mai applicata la quota differita</b> (vedi modalità di rimborso)</p>
<b>Ricovero senza intervento inferiore a 4 notti per Grandi Eventi Patologici e interventi ambulatoriali per Grandi Eventi Patologici</b>	<p><b>Euro 150.000,00</b> per singolo evento.</p> <p>Le rette di degenza sono rimborsate fino ad un massimo di euro 350/gg., iva compresa, nell'ambito del massimale indicato.</p> <p><b>Non viene mai applicata la quota differita</b> (vedi modalità di rimborso)</p>
<b>Ricovero con o senza intervento, intervento ambulatoriale</b>	<p><b>Euro 150.000,00</b> per singolo evento. Senza applicazione di franchigie con le seguenti eccezioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per intervento ambulatoriale applicazione di uno scoperto del 20% per evento.</li> <li>- applicazione di una franchigia minima di euro 500,00 per ricoveri non connessi ad intervento chirurgico di durata inferiore a 5 gg. (4 notti).</li> </ul> <p>Le suddette limitazioni non si applicano ai ricoveri per gravidanza, parto, dialisi, diabete.</p> <p>Le spese per rette di degenza sono liquidate entro il limite giornaliero di 300 euro.(compresa IVA).</p>
<b>Interventi correttivi difetti visivi</b>	<p><b>Euro 1.500,00</b> per anno e per nucleo familiare con scoperto del 20%.</p>
<b>Parto Cesareo o aborto</b>	<p><b>Euro 7.800,00</b> per evento (sono escluse le spese <i>Pre/Post</i>, ed incluse le spese per assistenza al neonato). Retta degenza max € 300 al gg.</p>
<b>Parto Fisiologico</b>	<p><b>Euro 3.500,00</b> per evento (sono escluse le spese <i>Pre/Post</i>, ed incluse le spese per assistenza al neonato). Retta degenza max € 300 al gg</p>
<b>Trapianto di Organi</b>	<p>In caso di trapianto di organo o parte di esso si rimborsano anche gli oneri sostenuti dal donatore. La copertura è erogata anche a favore del donatore iscritto al Fondo.</p>
<b>Anticipi</b>	<p>Possibili fino ad un massimo del 50% dell'onere complessivo rimborsabile e previsto solo in caso di intervento presso struttura non convenzionata. L'importo minimo erogabile è di <b>euro 5.000,00</b>.</p>
<b>Day Hospital</b>	<p>Rimborso con massimali previsti per i ricoveri di cui sopra. In caso di ricovero senza intervento chirurgico e non connesso a ciclo di cure o a Grandi Eventi Patologici, si rimborsano solo gli oneri inerenti le spese sostenute nel periodo di degenza. Sono equiparate a Day Hospital le prestazioni erogate dalla Regione Lombardia e definite MAC (Macro Attività Ambulatoriali Complesse e quelle erogate dalla Regione Lazio e definite PAC (Pacchetti Ambulatoriali Complessi).</p>
<b>Diaria Sostitutiva</b>	<p><b>Euro 90,00 x 90 gg.</b> per persona/evento, aumentati a 180 gg. in caso di Grande Evento Patologico. La diaria sostitutiva viene corrisposta anche in caso di Day Hospital. Per parto non cesareo l'importo minimo erogato sarà di <b>euro 500,00</b>. <b>Non viene applicata la quota differita</b> (vedi modalità di rimborso). <b><u>Non viene liquidata l'indennità di diaria sostitutiva in casodi ricoveri domiciliari e/o ricoveri in pronto soccorso anche in regime di O.B.I. (Osservazione Breve Intensiva).</u></b></p>

<b>Spese Pre/Post ricovero o intervento ambulatoriale</b>	Rientrano nei massimali di rimborso di cui sopra anche le spese – connesse al ricovero – e sostenute per assistenza medica, cure, medicazioni, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami, accertamenti diagnostici, protesi e noleggio/acquisto presidi se sostenute nei 90 gg. prima (120 in caso di ricovero presso SSN) e 90 gg. dopo il ricovero, anche per intervento ambulatoriale.
<b>Sono equiparati a intervento chirurgico</b>	Agobiopsie e biopsie chirurgiche (escluse in corso di accertamenti endoscopici) – angioplastica – coronarografia – drenaggio delle vie biliari – endoscopie operative – laparoscopie diagnostiche - litotripsie ad esclusione di quelle osteo articolari– radiologia interventistica – laser chirurgico, crioterapie – inseminazione artificiale.

## GARANZIE COMPLEMENTARI AL RICOVERO

	<b>Regolamento delle prestazioni Valido dal 1° gennaio 2016 IN ROSSO LE VARIAZIONI INTERCORSE RISPETTO AL 2015</b>
<b>Trasporto</b>	<b>Euro 1.500,00</b> per anno e per nucleo familiare nell'ambito del massimale per ricovero. Trasporto con autoambulanza o eliambulanza, sia in Italia che all'estero. E' esclusa in ogni caso l'autovettura. In caso di Grandi Interventi Chirurgici sono rimborsate anche le spese per l'aereo, il treno e il traghetto.
<b>Accompagnatore</b>	<b>Euro 100,00</b> x 30 gg. per evento nell'ambito del massimale per ricovero per spese vitto e pernottamento in istituto di cura o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera.
<b>Assistenza Infermieristica Domiciliare</b>	<b>Euro 60,00</b> x 90 gg. massimi per evento e riguardanti i 90 gg. precedenti (120 per eventi presso SSN) e 90 gg. seguenti il ricovero o l'intervento ambulatoriale. <b>Euro 60,00</b> x 180 gg. massimi per evento (e possono quindi riguardare anche giorni al di fuori dei limiti sopra indicati come pre-post ricovero) in caso di Grandi Eventi Patologici.

## RIMBORSO FARMACI CON CARATTERISTICHE DI INNOVATIVITA' TERAPEUTICA PER GRAVI MALATTIE - misura sperimentale per anno 2016

<b>Farmaci inseriti nel prontuario terapeutico nazionale e autorizzati all'immissione in commercio (codice AIC) che – a giudizio della Commissione Tecnico Scientifica dell'AIFA -possiedono il requisito dell' innovatività terapeutica</b>	<p><b>Rimborsati nell'ambito del massimale annuo delle Prestazioni Ospedaliere;</b>  <b>- a condizione che non siano rimborsati dal Servizio Sanitario a livello nazionale e/regionale. Devono essere relativi al trattamento delle patologie oncologiche, virali e degenerative di cui al seguente elenco tassativo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Neoplasie con caratteristiche istologiche di malignità</li> <li>- Epatite C</li> <li>- HIV</li> <li>- Sla e Sclerosi Multipla</li> <li>- Fibrosi cistica</li> </ul> <p><b>E' necessario presentare prescrizione dell'Ente ospedaliero con indicazione durata terapia e relativa fattura.</b>  <b>Il rimborso avverrà dopo valutazione del Consulente sanitario del Fondo circa il rispetto di tutti i requisiti sopra indicati.</b></p>
--	--



## ALTRE PRESTAZIONI

<b>Regolamento delle prestazioni Valido dal 1° gennaio 2016 IN ROSSO LE VARIAZIONI INTERCORSE RISPETTO AL 2015</b>	
<b>Alta Diagnostica</b> (esami angiografici venosi ed arteriografici; diagnostica endoscopica; risonanza magnetica nucleare; scintigrafia; tac; pet; ricerche genetiche per malformazioni fetali se eseguite in stato di gravidanza; esami oncologia molecolare; chemioterapia - immunoterapia - radioterapia antineoplastiche; dialisi extracorporea o peritoneale; doppler/ecodoppler; moc; terapia interferonica)	<b>Euro 15.000,00</b> per anno e per nucleo familiare. L'importo è aumentato ad <b>euro 30.000,00</b> in caso di Grandi Eventi Patologici (in questi casi non si applica la quota differita di rimborso). <ul style="list-style-type: none"> <li>• Applicazione di uno scoperto del 20% delle spese sostenute ad eccezione di quelle per dialisi e quelle per Grandi Eventi Patologici.</li> </ul> Se le prestazioni vengono erogate in rete viene applicato uno scoperto a carico dell'iscritto del 20% dell'onere di ogni prestazione fruita. Lo scoperto non si applica in caso di dialisi e Grande Evento Patologico.
<b>Visite specialistica, trattamenti fisioterapici e rieducativi, analisi e esami diagnostici non compresi nell'Alta Diagnostica, spese pre/post parto, cure dentarie e paradontopatie ambulatoriali a seguito infortunio</b>	<b>Euro 4.000,00</b> per anno e nucleo familiare. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Applicazione di uno scoperto del 30%.</li> </ul> Se le prestazioni vengono erogate in rete convenzionata, viene applicato uno scoperto a carico dell'iscritto del: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 25% per le visite specialistiche;</li> <li>• 30% per gli accertamenti diagnostici e cure dentarie da infortunio</li> </ul> Per i Grandi Eventi Patologici il massimale di cui sopra è raddoppiato, senza applicazione di quote a carico dell'iscritto e quota differita di rimborso. <p>I trattamenti fisioterapici si rimborsano fino ad euro 800,00 per anno e nucleo familiare, nell'ambito del massimale generale e solo a fronte di prescrizione medica con applicazione di scoperto del 30%.                      Se eseguito a seguito di Grande Evento Patologico, nessuno scoperto, nessuna quota differita e raddoppio del massimale a € 1.600.</p> <p>I trattamenti fisioterapici e rieducativi resi necessari da interventi di artroprotesi raddoppiano il massimale di 800 € per una sola volta, potrà essere fruito entro 12 mesi dall'evento.</p>
<b>Interventi psicoterapeutici o psicoanalitici, ovvero conseguenti a malattie di carattere psicosomatico, anche comportanti ricovero in istituto di cura</b>	<b>Euro 1.500,00</b> per anno e per nucleo familiare. Applicazione di uno scoperto del 30% con minimo di <b>euro 25,00</b> per ogni visita. In caso di ricovero senza spese a carico del Fondo, diaria di € 90 x gg. fino a concorrenza del massimale di cui sopra.
<b>Protesi auditive</b>	<b>Euro 2.000,00</b> per anno e per nucleo familiare.
<b>Apparecchi ausiliari correttivi e terapeutici a seguito di perdite o menomazioni anatomiche invalidanti, protesi ortopediche ed oculistiche per malattia/malformazione congenita/infortunio, carrozzelle per disabili e apparecchi laringofoni</b>	<b>Euro 3.000,00</b> per anno e per nucleo familiare. Purchè rientranti nel "Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni Sanitarie Protesiche" del Servizio Sanitario Nazionale tempo per tempo vigente, ovvero su giudizio vincolante del consulente sanitario qualora rientranti nell'ambito delle finalità del Fondo Sanitario, con esclusione del materiale di consumo.
<b>Protesi ed ausili non rientranti nel riquadro precedente/latte in polvere per neonati/medicinali reperibili solo all'estero o non erogati totalmente/parzialmente dal SSN se prescritti da ente ospedaliero</b>	<b>Euro 600,00</b> per anno e per nucleo familiare. Nell'ambito del massimale di cui sopra, il latte in polvere è rimborsato max di <b>euro 300,00</b> per ogni neonato entro i primi 6 mesi di vita. A fronte di prescrizione da parte di enti ospedalieri con indicazione della durata della terapia, sono rimborsabili anche i medicinali chemioterapici, antidiabetici e i farmaci antiretrovirali, sempre nell'ambito del massimale di cui sopra. <b><u>Dal 2014 è rimborsata la spesa per l'acquisto del vaccino anti HPV (Human Papilloma Virus), presidio efficace per la prevenzione del tumore al collo dell'utero</u></b>

Occhiali e lenti a contatto	<p><b>Euro 450,00</b> per anno e per nucleo familiare.  <b>Euro 600,00 per annuo e per nucleo familiare composto da almeno cinque componenti, tali alla data del 1° gennaio dell'anno in cui è effettuata la/le spesa/e documentata/e</b>          Applicazione di uno scoperto del <b>30%</b>.          Nel rimborso sono ricomprese anche le spese per la montatura con esclusione di quelle in materiale prezioso.</p>
Cure dentarie, anche di natura preventiva	<p><b>Euro 1.500,00</b> per anno e per nucleo familiare.  <b>Euro 2.000,00 per annuo e per nucleo familiare composto da almeno cinque componenti, tali alla data del 1° gennaio dell'anno in cui è effettuata la/le spesa/e documentata/e</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Applicazione di uno scoperto del <b>30%</b>.</li> </ul> <p><b>A FRONTE DI UNA SPESA DI IMPORTO PARI O SUPERIORE AD € 6.500 IN UNICA FATTURA RIFERITA AD UN PIANO DI CURE DENTARIE RELATIVE AD UN UNICO ISCRITTO/BENEFICIARIO, VIENE RICONOSCIUTA LA FACOLTA' DI FRUIRE - UNA TANTUM PER L'INTERO PERIODO DI ISCRIZIONE AL FONDO SANITARIO - OLTRE CHE DEL PLAFOND RELATIVO ALL'ANNO DI FATTURAZIONE, ANCHE DI QUELLO RELATIVO AL BIENNIO SUCCESSIVO, CON UN MASSIMMO DI € 4,500 COMPLESSIVI.</b></p> <p><b>Euro 75,00</b> per visita di controllo ed igiene orale/ablazione tartaro, per anno e per persona, rimborsate extramassimali di cui sopra.          In presenza di infortunio o grande patologia che prevede ricovero con intervento, le protesi dentarie sono rimborsate con modalità e massimali previsti per i ricoveri.          In caso di intervento chirurgico per cure dentarie non conseguenti ad infortunio, sono coperte le sole spese per rette di degenza e diritti di sala operatoria.</p>
Intossicazioni da abuso alcolici/uso allucinogeni/uso non terapeutico psicofarmaci o stupefacenti, anche in caso di ricovero	<p><b>Euro 1.500,00</b> per anno e per nucleo familiare.          Applicazione di uno scoperto del <b>30%</b>.          In caso di ricovero senza spese a carico del Fondo, diaria di € 90 x gg. fino a concorrenza del massimale di cui sopra.</p>
Ticket	<p><b>Rimborso del 100% .</b>          Il rimborso contribuisce a saturare i massimali stabiliti per ciascuna tipologia di prestazione          Sono rimborsati anche i ticket relativi a medicinali acquistati nel periodo <i>Pre/Post</i> ricovero.          Non sono rimborsati i ticket riferiti a prestazioni esplicitamente escluse.          Sono invece rimborsati i ticket riferiti a cure termali ed idropiniche (vedi capitolo esclusioni del regolamento).  <b>Non viene mai applicata la quota differita</b> (vedi modalità di rimborso)</p>
Esclusioni	<p><b>Le esclusioni sono dettagliatamente descritte nel capitolo "ESCLUSIONI" del regolamento delle prestazioni, consultabile sul sito del Fondo alla pagina web:</b>  <a href="http://www.fondosanitariointegrativogruppointasapanpaolo.it">www.fondosanitariointegrativogruppointasapanpaolo.it</a>  <b>Dal 1° gennaio del 2016 è stata inserita l'esclusione dell'indennità di diaria nel caso di ricoveri domiciliari e/o ricoveri in pronto soccorso anche in regime di O.B.I. (Osservazione Breve Intensiva).</b></p>

**ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI:** Il Consiglio di Amministrazione – della seduta del 15 dicembre 2015. - ha implementato l'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici – Sezioni Neurochirurgia e Ortopedia e Traumatologia – con le due voci sotto indicate:

- 1) ernia del disco dorsale o lombare, compresa eventuale laminectomia decompressiva, compresa eventuale stenosi lombare;
- 2) ernia del disco dorsale o lombare: intervento per recidiva (di livello e lateralità), compresa eventuale stenosi lombare

## DOMANDE E MODALITA' DI RIMBORSO

Presentazione domande	<p>Le domande di rimborso formulate su apposita modulistica (anche On Line) potranno essere inoltrate in qualunque momento e indipendentemente dall'importo, anche sommando più spese riferite alla stessa persona.          Il termine ultimo di presentazione delle richieste di rimborso è fissato comunque entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento.</p> <p>I documenti di spesa - debitamente quietanzati - vanno inviati in fotocopia. In caso di ricovero è necessario inviare anche la cartella clinica (se il ricovero è avvenuto presso il SSN è sufficiente lettera di dimissione con indicazione del periodo di ricovero e della motivazione. E' facoltà del Fondo di richiedere la cartella clinica anche in un momento successivo)  <b>Ricordiamo che le fatture e le ricevute in originale relative a spese sanitarie per le quali viene richiesto il rimborso, se di importo superiore ad euro 77,47, debbono riportare la marca da bollo (attualmente di € 2).</b></p>
-----------------------	---

<b>Rimborsi</b>	<p><b>80%</b> del rimborso spettante viene erogato entro 45 gg. di massima.</p> <p><b>20%</b> rimanente (cosiddetta quota "differita") viene riconosciuto entro il 30/6 dell'anno successivo a quello di competenza, in presenza di disponibilità finanziarie e comunque solo dopo l'approvazione del bilancio, con priorità erogazione delle prestazioni fino alla concorrenza della "soglia delle risorse vincolate" prevista dal D:M: 27/10/2009 nonché per quelle sostenute dagli iscritti portatori di handicap in situazione di gravità accertata.</p> <p>Sono esclusi dal meccanismo del rimborso "differito" i Grandi Eventi Patologici, le diarie, i ticket e tutte quelle prestazioni effettuate da medici e strutture in forma totalmente convenzionata.</p> <p>In presenza di oneri oggetto di rimborso da parte del Servizio Sanitario Nazionale, di rimborso e/o anticipazione a titolo definitivo da parte di terzi - anche a seguito di infortuni causati dagli stessi - ovvero in presenza di altre analoghe coperture per se stesso e/o per i familiari beneficiari, l'iscritto ha l'obbligo di darne formale comunicazione al "Fondo Sanitario" che riconosce le prestazioni al netto di quanto rimborsato e/o anticipato.</p> <p>Ove l'iscritto intenda invece richiedere in prima istanza il rimborso al "Fondo Sanitario", esso avverrà in via definitiva e senza applicazione di quota differita, in misura pari al 50% di quanto spettante in applicazione del Regolamento delle prestazioni.</p>
-----------------	---

## COME CONTATTARE IL FONDO SANITARIO INTEGRATIVO GRUPPO INTESA SANPAOLO

Il Fondo Sanitario eroga i propri servizi avvalendosi di un service esterno, **Previmedical Spa**, con sede a Preganziol (TV) che dispone di una Centrale Operativa e di un Contact Center che forniscono informazioni agli iscritti e rilasciano le autorizzazioni per l'assistenza convenzionata. Si possono contattare attraverso i sotto indicati numeri e sono attivi dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 18:00.

- Numero Verde da rete fissa: 800.08.37.78
- Numero a pagamento da rete mobile: 199.28.48.37
- Numero a pagamento dall'estero: +39 0422.17.44.055
- Numero di Fax: 0422.17.44.555
- Centrale operativa e consulenza medica: [centraleoperativa.fsi@previmedical.it](mailto:centraleoperativa.fsi@previmedical.it)
- Contact Center: [contactcenter.fsi@previmedical.it](mailto:contactcenter.fsi@previmedical.it)

Corrispondenza:

- Centro Operativo Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo - Previmedical Spa
- Via E. Forlanini n.24 - 31022 Preganziol (TV)

Per specifiche problematiche anagrafiche, riguardanti iscrizioni, variazioni dei carichi familiari, contribuzioni e adempimenti richiesti dalla normativa sulla privacy nonché per problematiche relative a richieste di rimborso, liquidazioni e disguidi nell'accesso ai servizi del Fondo, sono inoltre disponibili i seguenti numeri che consentono di contattare direttamente il personale della struttura del Fondo Sanitario, che risponde dalle 9:00 alle 12:30 dal lunedì al venerdì:

- tel. 02/87943001
- fax. 02/87947116

Le segnalazioni potranno essere inoltrate anche tramite posta elettronica ai seguenti indirizzi:

- per eventuali disservizi o disguidi, alla casella: [serviziointegrati@fondosanitariogruppointesasanpaolo.it](mailto:serviziointegrati@fondosanitariogruppointesasanpaolo.it)
- per informazioni e richieste di carattere anagrafico, alla casella: [anagrafe@fondosanitariogruppointesasanpaolo.it](mailto:anagrafe@fondosanitariogruppointesasanpaolo.it)

### **UNITÀ SINDACALE FALCRI - SILCEA INTESA SANPAOLO**

Via Mercato, 5 - 20121 Milano - E-mail: [info@falcrintesa.it](mailto:info@falcrintesa.it) - [www.falcri-is.org](http://www.falcri-is.org)

