

LE GUIDE



FONDO SANITARIO INTEGRATIVO GRUPPO INTESA SAN PAOLO
GESTIONE ISCRITTI IN QUIESCENZA
REGOLE E PRESTAZIONI "IN PILLOLE"

GENNAIO 2022

PRESENTAZIONE

Dal mese di gennaio 2022 il Fondo Sanitario del Gruppo Intesa Sanpaolo ha apportato importanti modifiche al proprio impianto.

Tra queste, la rivisitazione delle regole statutarie e alcuni miglioramenti alle prestazioni assicurate.

Ma come districarsi nel complesso impianto normativo?

Abbiamo così ritenuto utile riepilogare “in pillole” le regole principali e tutte le prestazioni erogate evidenziando le modifiche apportate e riunendo il tutto per capitoli specifici, in modo da avere agevolmente visibile tutto quanto è necessario sapere.

Buona lettura

UNISIN GRUPPO INTESA SANPAOLO

COSTI E REGOLE PER L'ISCRIZIONE	Regole statutarie valide dal 1° gennaio 2022 IN ROSSO LE NOVITÀ INTRODOTTE
COSTI E BASE IMPONIBILE	<p>Titolare del nucleo 3% calcolato sul lordo pensione AGO (con un max imponibile di euro 109.100,75 per l'anno 2021 rivalutato annualmente su base (ISTAT)).</p> <p>Familiari fiscalmente a carico 0,25% per ogni familiare assicurato (calcolato sulla pensione linda del caponucleo come sopra determinata) e massimo imputabile 0,75%.</p> <p>Familiari fiscalmente non a carico 1,50% per ogni familiare assicurato (calcolato sulla pensione linda del caponucleo come sopra determinata). In aggiunta a quanto sopra, verrà addebitato:</p> <p>PER IL TITOLARE DEL NUCLEO GIÀ COPERTO DALLA LONG TERM CARE prevista dal CCNL di categoria (in pratica tutti i pensionati bancari post 1.1.2008) € 10 annui (con questo versamento verrà garantita all'eventuale coniuge/unito civilmente/convivente di fatto presente nel nucleo iscritto al FSI una copertura di tipo Long Term Care, attraverso una polizza assicurativa. Sono comunque tenuti al pagamento del contributo – a titolo di solidarietà - anche coloro che non hanno coniugi inseriti nel nucleo).</p> <p>PER IL TITOLARE DEL NUCLEO CHE NON È COPERTO DALLA LONG TERM CARE prevista dal CCNL di categoria (in pratica pensionati ante 1.1.2008, o ex dipendenti delle Fondazioni bancarie e di altre Società che non beneficiano del contratto di categoria)</p> <p>€ 30 annui per sé ed inoltre € 30 annui per il coniuge/unito civilmente/convivente di fatto presente nel nucleo iscritto al FSI. Anche a loro sarà garantita una copertura di tipo Long Term Care, attraverso una polizza assicurativa.</p> <p>I VERSAMENTI PER LA COPERTURA LONG TERM CARE SOPRA DESCRUITA SONO OBBLIGATORI E L'INSERIMENTO DEI SUDETTI BENEFICIARI NELLA POLIZZA AVVIENE D'UFFICIO. Sarà prevista inoltre la possibilità di adesione volontaria ad una ulteriore polizza assicurativa che erogherà prestazioni di Long Term Care in aggiunta a quelle già garantite dalle due coperture Long Term Care sopra citate (quella prevista dal CCNL e quella prestata dalla polizza assicurativa obbligatoria). Al momento della compilazione della presente guida tale polizza non è ancora stata stipulata. Il relativo costo sarà a totale carico dell'iscritto (cfr. sezione dedicata sul portale web del Fondo Sanitario). Gli imponibili per gli iscritti che subentrano ai "capi nucleo" deceduti sono: Per i destinatari di trattamento pensionistico di reversibilità, il 65% del trattamento pensionistico che sarebbe spettato al titolare deceduto, con un minimo di € 20.000. Per i destinatari di trattamento pensionistico indiretto, base imponibile pari all 65% dell'ultima retribuzione percepita in servizio dal de cuius. Entrambi gli imponibili sono soggetti alle rivalutazioni ISTAT.</p>
ISCRIZIONE: MODALITÀ E TEMPISTICA	<p>TRATTAMENTO FISCALE DELLE CONTRIBUZIONI 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. I pensionati effettueranno la deduzione dal reddito imponibile al momento della denuncia dei redditi, sulla base della contribuzione versata e certificata dal Fondo stesso: ne consegue quindi che il costo di iscrizione effettivo risulta significativamente inferiore. Il Fondo è inoltre tenuto a comunicare al fisco le quote d'iscrizione versate dai quiescenti ai fini della predisposizione del modello 730 precompilato. 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>Al momento del passaggio da attivo a pensionato o da esodato a pensionato è obbligatorio formalizzare – se interessati - la propria volontà di proseguire l'iscrizione al Fondo entro il 4° mese successivo al cambiamento di status. Normalmente l'ufficio Anagrafe invia dettagliata informativa in proposito, ma gli aventi diritto possono comunque consultare il sito internet del Fondo dove troveranno tutte le istruzioni per tale formalizzazione e procedere di conseguenza. In caso di conferma dell'iscrizione nella sezione pensionati, 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. Se invece non viene confermata l'iscrizione nella sezione pensionati, la copertura cessa il giorno precedente la decorrenza della pensione. L'iscritto ha l'obbligo di comunicare tempestivamente al Fondo Sanitario ogni variazione del proprio stato di famiglia e della situazione dei carichi familiari.</p>

ISCRIZIONE FAMILIARI FISCALMENTE A CARICO	<p>Coniuge o unito civilmente</p> <ul style="list-style-type: none"> • purchè in assenza di separazione legale, mentre, per gli uniti civilmente, purchè in assenza scioglimento del vincolo; • non è necessaria la convivenza anagrafica. <p>Figli, anche adottati</p> <ul style="list-style-type: none"> • non è necessaria la convivenza anagrafica. <p>Altri familiari (genitori, nonni, nipoti ex filio, fratelli/sorelle)</p> <ul style="list-style-type: none"> • devono essere parenti in linea retta o collaterale con l'iscritto; • devono avere un'età anagrafica non superiore a 80 anni; • è necessaria la convivenza anagrafica risultante dallo stato di famiglia (anche autocertificazione). <p>È possibile estendere la copertura a favore del solo coniuge e/o figli fiscalmente a carico. L'estensione a favore degli altri familiari fiscalmente a carico potrà invece avvenire solo se già inseriti in copertura il coniuge e figli e deve riguardare la totalità dei soggetti interessati (con l'esclusione - a richiesta - dei fruitori di analoga copertura di assistenza sanitaria integrativa). La qualifica di beneficiario si perde a seguito di matrimonio/unione civile/di fatto del familiare beneficiario, con l'eccezione del figlio fiscalmente a carico convivente con uno dei genitori.</p> <p>Dal 2022 i figli sono considerati "fiscalmente a carico" fino alla fine dell'anno nel quale compiono i 24 anni di età.</p> <p>Dal primo gennaio dell'anno successivo – invece – per mantenere la qualifica di "fiscalmente a carico" è necessario produrre idonea documentazione da far pervenire entro il 31 ottobre dell'anno successivo a quello del compimento del 24° anno di età del figlio.</p>
ISCRIZIONE FAMILIARI FISCALMENTE NON A CARICO	<p>Coniuge o unito civilmente</p> <ul style="list-style-type: none"> • purchè in assenza di separazione legale, mentre, per gli uniti civilmente, purchè in assenza scioglimento del vincolo; • non è necessaria la convivenza anagrafica. <p>Coniuge di fatto</p> <ul style="list-style-type: none"> • convivenza anagrafica risultante dallo stato di famiglia (anche autocertificazione). <p>Figli, anche adottati</p> <ul style="list-style-type: none"> • convivenza con uno dei genitori risultante da stato di famiglia (anche autocertificazione). <p>Figli, anche adottati, del coniuge/unito civilmente/di fatto</p> <ul style="list-style-type: none"> • convivenza con l'iscritto risultante dallo stato di famiglia (anche autocertificazione). <p>Genitori</p> <ul style="list-style-type: none"> • età anagrafica non superiore a 80 anni; • convivenza risultante dallo stato di famiglia (anche autocertificazione). <p>Fratelli e/o Sorelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • convivenza da stato di famiglia (anche autocertificazione). <p>E' possibile l'estensione della copertura del Fondo sanitario in favore del solo coniuge, anche di fatto o unito civilmente, fiscalmente non a carico. L'estensione della copertura agli altri familiari deve invece riguardare la totalità dei soggetti interessati (con l'esclusione – a richiesta – dei fruitori di analoga copertura di assistenza sanitaria integrativa). La qualifica di beneficiario si perde a seguito di matrimonio/unione di fatto del familiare beneficiario.</p> <p>Dal 2022 i figli sono considerati "fiscalmente non a carico" dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello del compimento dei 24 anni di età (nel caso sia invece possibile mantenere la qualifica di "fiscalmente a carico", è necessario provvedere alle incombenze descritte nel riquadro precedente).</p> <p>Per poter mantenere la qualifica di iscritto in qualità di "fiscalmente non a carico" il figlio deve necessariamente convivere con uno dei genitori (o con il titolare del nucleo, se invece si tratta di figlio del coniuge/unito civilmente/coniuge di fatto).</p>
RECESSO	<p>Per i pensionati è possibile recedere dal Fondo Sanitario solo dopo 3 anni dall'iscrizione alla sezione pensionati o in caso di aumento del costo dell'iscrizione superiore al 10% su base annua.</p> <p>Ricordiamo che al momento della cessazione del rapporto di lavoro per pensionamento o di passaggio da esodato a pensionato è necessario confermare l'iscrizione entro 4 mesi con apposito modulo. (vedi a pagina 3 modalità e tempistica iscrizione). In caso contrario l'iscrizione non viene perfezionata.</p> <p>UNA VOLTA AVVENUTO IL RECESSO NON E' PREVISTA LA POSSIBILITA' DI SUCCESSIVA ISCRIZIONE.</p> <p>Il familiare beneficiario maggiorenne, può chiedere esplicitamente e personalmente la revoca della propria iscrizione, senza possibilità di essere nuovamente reso beneficiario.</p>
REISCRIZIONI DI FAMILIARI	<p>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 da 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.</p> <p>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.</p>

ISCRIZIONI TARDIVE DEI FAMILIARI	L'iscrizione del familiare deve avvenire entro quattro mesi dalla data in cui si è determinato il diritto a renderlo beneficiario. Successivamente l'iscrizione è sempre possibile, ma con pagamento della contribuzione dal mese in cui si è determinato il diritto all'iscrizione – con il limite massimo di quattro anni – 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.
---	---

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

Fruite esclusivamente in ospedali, cliniche o istituti universitari regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità

Regolamento delle prestazioni valido dal 1° gennaio 2022 IN ROSSO LE NOVITÀ INTRODOTTE	
GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO	<p>Euro 400.000,00 annue per singolo evento.</p> <ul style="list-style-type: none"> Applicazione di uno scoperto del 15%, con un massimo di euro 2.000,00 sempre per evento; Le rette di degenza sono rimborsate fino ad un massimo di euro 350/gg., iva compresa, nell'ambito del massimale indicato.
RICOVERO SENZA INTERVENTO INFERIORE A 4 NOTTI PER GRANDI EVENTI PATOLOGICI E INTERVENTI AMBULATORIALI PER GRANDI EVENTI PATOLOGICI	<p>Euro 200.000,00 annue per singolo evento.</p> <ul style="list-style-type: none"> Applicazione di uno scoperto del 15%, con un massimo di euro 2.000,00 sempre per evento; Le rette di degenza sono rimborsate fino ad un massimo di euro 350/gg., iva compresa, nell'ambito del massimale indicato.
RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO, INTERVENTO AMBULATORIALE	<p>Euro 200.000,00 annue per singolo evento.</p> <ul style="list-style-type: none"> Applicazione di uno scoperto del 25%, con un massimo di euro 2.000,00 per evento. Detto scoperto non potrà essere inferiore ad euro 500,00 per ricoveri non connessi ad intervento chirurgico di durata inferiore a 5 gg. (4 notti) con esclusione di quelli per gravidanza, parto, dialisi e diabete (la regola si applica anche per i regimi di day-hospital); Per i ricoveri per intervento chirurgico per cure dentarie non conseguenti ad infortunio vengono rimborsate le sole spese per rette di degenza ed i diritti di sala operatoria. Le rette di degenza sono rimborsate fino ad un massimo di euro 300/gg., iva compresa, nell'ambito del massimale indicato.
INTERVENTI CORRETTIVI DIFETTI VISIVI	<p>Euro 1.800,00 per anno e per nucleo familiare.</p> <ul style="list-style-type: none"> Applicazione di uno scoperto del 25%. <p>ANCHE GLI INTERVENTI DI ASPORTAZIONE DELLA CATARATTA RIENTRANO IN QUESTO MASSIMALE.</p>
PARTO CESAREO O ABORTO	<p>Massimale Euro 7.800,00 per evento (sono escluse le spese <i>Pre/Post</i>, ed incluse le spese per assistenza al neonato). Con scoperto del 25%, massimo € 2.000 e diaria degenza max € 300 al giorno.</p>
PARTO FISIOLOGICO	<p>Massimale Euro 3.500,00 per evento (sono escluse le spese <i>Pre/Post</i>, ed incluse le spese per assistenza al neonato). Con scoperto del 25%, massimo € 2.000 e diaria degenza max € 300 al giorno.</p>
CON APPLICAZIONE DEI RELATIVI MASSIMALI, SI INTENDONO COPERTI ANCHE LE INTERRUZIONI VOLONTARIE DI GRAVIDANZA E IL PARTO DOMICILIARE ASSISTITO.	
PROCREAZIONE MEDICO ASSISTITA	<p>Euro 2.500 per ciclo e applicazione di uno scoperto del 25%, con un massimo di euro 2.000,00 per evento e minimo € 500 se degenza inferiore a 4 notti; diaria degenza max € 300/gg</p> <ul style="list-style-type: none"> Max 3 cicli per intero periodo di vita fertile e intero periodo iscrizione al Fondo Sono escluse le diagnosi embrionali pre impianto
TRAPIANTO DI ORGANI	<p>In caso di trapianto di organo o parte di esso si rimborsano anche gli oneri sostenuti dal donatore.</p> <p>La copertura è erogata anche a favore del donatore iscritto al Fondo Sanitario.</p>
RICOVERO PER RAGIONI ASSISTENZIALI E MANTENIMENTO (LUNGODEGENZE), NON MOTIVATE DA CURA MALATTIA IN FASE ACUTA	<p>Euro 200.000,00 annue per singolo evento.</p> <ul style="list-style-type: none"> Applicazione di uno scoperto del 25%, con un massimo di euro 2.000,00 per evento e minimo € 500 se degenza è inferiore a 4 notti Copertura delle sole spese relativa a: <ul style="list-style-type: none"> rette di degenza (non comfort o bisogni non essenziali) fino ad € 300/gg iva compresa assistenza medica/infermieristica/assistenziale durante il periodo di ricovero solo per ricoveri presso ospedali/cliniche/rep.specialistici di case di cura e di RSA/hospice/ospedali di comunità; LIMITE MASSIMO DI DEGENZA 40 GG./ANNO PER ASSISTITO
ANTICIPI	<p>Possibili fino ad un massimo del 50% dell'onere complessivo rimborsabile e previsti solo in caso di intervento chirurgico presso struttura non convenzionata per il quale la struttura stessa richieda il pagamento di un anticipo.</p> <p>L'importo minimo erogabile è di euro 5.000,00.</p>

DAY HOSPITAL	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 relativi al 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). Non viene applicato scoperto ai Day-Hospital non chirurgici effettuati per trattamenti riabilitativi di durata pari o superiore a 5 gg. qualora effettuati entro 8 mesi dalla fine del ricovero principale.
DIARIA SOSTITUTIVA	Euro 90,00 x 90 gg. per persona/evento, aumentati a 180 gg. in caso di Grande Evento Patologico. Si corrisponde anche in caso di day hospital. Per parto non cesareo l'importo minimo erogato sarà di euro 500,00 . Non viene liquidata l'indennità di diaria sostitutiva in caso di ricoveri domiciliari e/o ricoveri in pronto soccorso anche in regime di O.B.I. (Osservazione Breve Intensiva).
SPESE PRE/POST RICOVERO O INTERVENTO AMBULATORIALE	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 90gg. prima (120 in caso di ricovero presso SSN) e 90 dopo il ricovero, anche per intervento ambulatoriale.
SONO EQUIPARATI A INTERVENTO CHIRURGICO	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, crioterapia - inseminazione artificiale
I ricoveri a seguito di: <ul style="list-style-type: none"> • Malattie di carattere psicosomatico • Intossicazioni da abuso alcolici, allucinogeni, uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti sono rimborsati nell'ambito del massimale indicato più avanti nella guida, nei rispettivi specifici capitoli. 	

GARANZIE COMPLEMENTARI AL RICOVERO

Regolamento delle prestazioni valido dal 1° gennaio 2022	
TRASPORTO	Euro 1.500,00 per anno e per nucleo familiare nell'ambito del massimale per ricovero. Trasporto con autoambulanza o eliambulanza, sia in Italia che all'estero. È esclusa in ogni caso l'autovettura. In caso di Grandi Interventi Chirurgici sono rimborsate le spese anche per l'aereo, il treno e il traghetto.
ACCOMPAGNATORE	Euro 100,00 x 30 gg. per evento nell'ambito del massimale per ricovero per spese di solo pernottamento in istituto di cura o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera e solo nel caso di Grandi Eventi Patologici .
ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE	Euro 60,00 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. Euro 60,00 x 180 gg. massimi per evento (e possono quindi riguardare anche giorni al di fuori dei limiti sopra segnalati come pre-post ricovero) in caso di Grandi Eventi Patologici.

RIMBORSO FARMACI A VALERE SUL MASSIMALE ANNUO PRESTAZIONI OSPEDALIERE

Regolamento delle prestazioni valido dal 1° gennaio 2022 IN ROSSO LE NOVITÀ INTRODOTTE	
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 DEL- L'INNOVATIVITÀ TERAPEUTICA	<ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> - Neoplasie con caratteristiche istologiche di malignità - Epatite C - HIV - Sla e Sclerosi Multipla - Fibrosi cistica • È necessario presentare prescrizione dell'Ente ospedaliero con indicazione durata terapia e relativa fattura. <p>Il rimborso avverrà dopo valutazione del Consulente Sanitario del Fondo circa il rispetto di tutti i requisiti sopra indicati.</p>

MEDICINALI CHEMIOTERAPICI, FARMACI ANTIRETROVIRALI, FARMACI REPERIBILI SOLO ALL'ESTERO	<p>Euro 600 anno</p> <ul style="list-style-type: none"> • A condizione che siano prescritti da Enti Ospedalieri con indicazione durata terapia; • si accetta anche prescrizione medico di base purchè sia allegata copia originaria della prescrizione dell'Ente Ospedaliero nei termini sopra riportati. <p>Il rimborso avverrà dopo valutazione del Consulente Sanitario del Fondo circa il rispetto di tutti i requisiti sopra indicati.</p>
---	--

ALTRE PRESTAZIONI

Regolamento delle prestazioni valido dal 1° gennaio 2022 IN ROSSO LE NOVITÀ INTRODOTTE

ALTA DIAGNOSTICA (esami angiografici venosi ed arteriografici; diagnostica endoscopica; risonanza magnetica nucleare; tac; pet; ricerche genetiche per malformazioni fetali se eseguite in stato di gravidanza; esami oncologia molecolare; chemioterapia; immunoterapia/radioterapia antineoplastiche; dialisi extracorporea o peritoneale; terapia interferonica, indagini di genetica molecolare finalizzate alla diagnosi malattie neoplastiche (prescritte da ente ospedaliero)	<p>Euro 15.000,00 per anno e per nucleo familiare. L'importo viene aumentato ad euro 30.000,00 in caso di Grandi Eventi Patologici</p> <ul style="list-style-type: none"> • Applicazione di uno scoperto del 40% delle spese sostenute • Se le prestazioni vengono erogate in rete (strutture convenzionate), lo scoperto applicato sarà del 10% con un minimo di € 15 per ogni prestazione frutta (e dal 1.1.2024 il minimo si abbassa ad € 10 per ogni prestazione frutta). <p>Gli scoperti non sono applicati in caso di dialisi e di prestazioni connesse a Grandi Eventi Patologici.</p>
VISITE E PRESTAZIONI SPECIALISTICHE, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIEDUCATIVI, ANALISI E ESAMI DIAGNOSTICI (COMPRESI ONORARI MEDICI) NON COMPRESI NELL'ALTA DIAGNOSTICA, ONORARI MEDICI/ANALISI/ESAMI DIAGNOSTICI DALL'ACCERTAMENTO GRAVIDANZA SINO AL RELATIVO RICOVERO E NEI 90 GG. SUCCESSIVI, CURE DENTARIE AMBULATORIALI A SEGUITO INFORTUNIO	<p>Euro 3.000,00 per anno e per nucleo familiare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Applicazione di uno scoperto del 40%. <p>Se le prestazioni vengono erogate in rete convenzionata, viene applicato uno scoperto del 10% a carico dell'assistito, con un minimo di € 15 per ogni prestazione (dal 1.1.2024 il minimo si abbassa ad € 10 per ogni prestazione frutta).</p> <p>Per Grandi Eventi Patologici il massimale generale è raddoppiato, senza applicazione di quote a carico dell'iscritto</p> <p>I trattamenti fisioterapici si rimborsano fino ad euro 1.000,00 per anno e per nucleo familiare, nell'ambito del massimale generale e solo a fronte di prescrizione medica, fermo gli scoperti. Il massimale è raddoppiato a € 2.000 in caso di Grandi Eventi Patologici senza applicazione di franchigia.</p> <p>Note: le spese per inoculo di vaccino vengono rimborsate fino al massimo di € 20 (se eseguito in regime privatistico la fattura/notula deve riportare separata indicazione del costo del vaccino e dell'inoculo, se eseguito preso SSN si rimborsa comunque fino al massimo di € 20 anche senza scorporo spesa come sopra indicato).</p>
INTERVENTI PSICOTERAPEUTICI O PSICOANALITICI, OVVERO CONSEGUENTI A MALATTIE DI CARATTERE PSICOSOMATICO, ANCHE COMPORTANTI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA	<p>Euro 1.800,00 per anno e per nucleo familiare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Applicazione di uno scoperto del 40%. <p>Se le prestazioni vengono erogate in rete (strutture convenzionate) lo scoperto applicato è del 30% a carico dell'assistito.</p> <p>In entrambi i casi lo scoperto minimo applicato sarà di euro 25,00 per ogni visita/prestazione.</p> <p>In caso di ricovero senza spese a carico del Fondo, diaria di € 90 x gg. fino a concorrenza del massimale di cui sopra.</p>
INTOSSICAZIONI DA ABUSO ALCOLICI/USO ALLUCINOGENI/USO NON TERAPEUTICO PSICOFARMACI O STUPEFACENTI, ANCHE IN CASO DI RICOVERO	<p>Euro 1.500,00 per anno e per nucleo familiare Applicazione di uno scoperto del 40%.</p> <p>Se le prestazioni vengono erogate in rete (strutture convenzionate) lo scoperto applicato è del 30% a carico dell'assistito.</p> <p>In caso di ricovero senza spese a carico del Fondo, diaria di € 90 x gg. fino a concorrenza del massimale di cui sopra.</p>
PROTESI AUDITIVE	<p>Euro 2.000,00 per anno e nucleo familiare.</p>
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	<p>Euro 3.000,00 per anno e nucleo familiare.</p> <p>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. E' escluso il materiale di consumo.</p>

PROTESI ED AUSILI NON RIENTRANTI NEL RIQUADRO PRECEDENTE/LATTE IN POLVERE PER NEONATI/	Euro 600,00 per anno e per nucleo familiare. Nell'ambito del suddetto massimale, il latte in polvere è rimborsato max euro 300,00 per ogni neonato entro i primi 6 mesi di vita, con prescrizione del medico di base o specialista.
OCCIALI E LENTI A CONTATTO	Euro 250,00 per anno e per nucleo familiare; Euro 350,00 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 DAL 1.1.2024: Euro 400,00 per anno e per nucleo familiare; Euro 550,00 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 È esclusa la rimborsabilità della montatura • Applicazione di uno scoperto 30% .
CURE DENTARIE, ANCHE DI NATURA PREVENTIVA	Euro 700,00 per anno e per nucleo familiare. Euro 900,00 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. DAL 1.1.2024: Euro 750 per anno e nucleo familiare Euro 1.000 per anno 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. • Applicazione di uno scoperto del 30%, ridotto al 25% se frutto in convenzione 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. Le cure rese necessarie a seguito di infortunio sono rimborsate nell'ambito del massimale "Visite e prestazioni specialistiche, ecc." (vedi riquadro a pagina 7). 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, nell'ambito massimali previsti per i ricoveri.
ACCORDAMENTO PLAFOND TRIENNALE PER CURE DENTARIE	Alle seguenti condizioni: • A fronte spesa pari o superiore ad € 3.000 riferita ad un unico piano di cure relativo ad un unico beneficiario; • si accoppa il plafond relativo all'anno riferito alla 1° fattura di acconto più il plafond dei due anni successivi, fino ad un rimborso massimo di € 2.100; • si può chiedere una volta sola per l'intero periodo di iscrizione al FSI • si ottiene presentando la fattura di saldo e quelle di acconto che non possono essere più di tre e tra la prima fattura di acconto e quella di saldo non possono intercorrere più di 12 mesi (va barrata l'apposita casella nel modulo di richiesta rimborso). • DAL 1.1.2024 la spesa a fronte della quale è possibile chiedere l'accordamento sale ad € 3.300 e il rimborso massimo ottenibile diventerà di € 2.250.
TICKET	Rimborso del 100%. Il rimborso contribuisce a saturare i massimali stabiliti per ciascuna tipologia di prestazione. Sono rimborsati anche i ticket relativi a medicinali acquistati nel periodo Pre/Post 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).
ESCLUSIONI	Le esclusioni sono dettagliatamente descritte nel capitolo "ESCLUSIONI" del regolamento delle prestazioni consultabile sul sito del Fondo alla pagina web: www.fondosanitariointegrativogruppoointesasanpaolo.it

DOMANDE E MODALITÀ DI RIMBORSO**Regolamento delle prestazioni valido dal 1° gennaio 2022**

PRESENTAZIONE DOMANDE	Le domande di rimborso formulate su apposita modulistica potranno essere inoltrate in qualunque momento e indipendentemente dall'importo, anche sommando più spese riferite alla stessa persona. E' in ogni caso preferibile utilizzare la modalità "on-line". Il termine ultimo di presentazione delle richieste di rimborso è fissato comunque entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento (anno fattura e relativo pagamento). I documenti di spesa - debitamente quietanzati - vanno inviati in fotocopia qualora si decida di utilizzare la domanda cartacea. In ogni caso gli originali andranno conservati – per eventuali successivi controlli – per i 5 anni successivi all'emissione. In caso di ricovero è necessario inviare anche la cartella clinica (se il ricovero è avvenuto presso il SSN è sufficiente lettera di dimissioni con indicazione del periodo di ricovero e della motivazione). E' facoltà del Fondo di richiedere la cartella clinica anche in un momento successivo. Ricordiamo che le fatture e le ricevute per le quali viene richiesto il rimborso dovranno essere conformi alle disposizioni fiscali vigenti.
------------------------------	---

RIMBORSI	<p>Erogati – di massima - entro 45 gg. dalla presentazione della domanda completa. I ticket e le diarie sono esclusi dall'applicazione di qualsiasi franchigia.</p> <p>In presenza di oneri oggetto di rimborso da parte del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero 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 — per le spese di cui sopra - intenda invece richiedere in prima istanza il rimborso al "Fondo Sanitario", dovrà compilare l'apposita casella sul modulo di richiesta. In questo caso la liquidazione avverrà in via definitiva 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:

- Numero Verde da rete fissa e da cellulare: 800.08.37.78
- Numero a pagamento per chiamate dall'estero: +39 0422.17.44.055
- Numero di Fax: +39 0422.17.44.555
- Contact Center: contactcenter.fsi@previmedical.it
- Consulenza medica: centraleoperativa.fsi@previmedical.it

Corrispondenza:

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

L'Unità Anagrafe del Fondo Sanitario è invece a disposizione per gli aspetti riguardanti le pratiche di iscrizione, variazioni dei carichi familiari e contribuzioni.

- Gli iscritti in quiescenza possono contattarla scrivendo a: anagrafe@fondosanitariogruppointesasanpaolo.it

Sono inoltre a disposizione le seguenti caselle di posta del Fondo Sanitario:

- per eventuali disservizi, disgradi o problematiche non risolte con il Contact Center:
servizioiscritti@fondosanitariogruppointesasanpaolo.it
- per le problematiche contabili relative alla chiusura di pratiche riguardanti prestazioni, o le contribuzioni, mandati di pagamento, addebiti: contabilita@fondosanitariogruppointesasanpaolo.it

**PER ULTERIORI CHIARIMENTI IL TUO SINDACALISTA UNISIN DI
RIFERIMENTO È A TUA DISPOSIZIONE.**



www.falcri-is.com

info@falcrintesa.it

info@silceagruppointesa.it

segreteria@liberosinfub.com

GUIDA REALIZZATA DA FALCRI INTESA SANPAOLO