

FONDO DI SOLIDARIETA' INTEGRATIVO SETTORE COMMERCIALE

REGOLAMENTO

Capo 1 – Contribuzioni

Soci sostenitori aziende e soci beneficiari loro dipendenti

Il contributo posto a carico di ciascun socio sostenitore azienda, per ogni rispettivo socio beneficiario di cui all'art. 5 lett. f) dello Statuto, è commisurato alla retribuzione del socio beneficiario predetto; alla data di entrata in vigore del presente Regolamento tale misura resta fissata nell' 1,16 % della retribuzione.

Il contributo posto a carico di ogni socio beneficiario di cui all'art. 5 lett. f) dello Statuto, da corrispondere per avere diritto alle prestazioni del Fondo, è commisurato alla propria retribuzione; alla data di entrata in vigore del presente Regolamento tale misura resta fissata nell' 1,36 % della retribuzione.

I contributi a carico delle Aziende e dei soci beneficiari di cui all'art. 5 lett. f) dello Statuto sono calcolati, per cassa, sull'imponibile previdenziale di ciascuno dei soci beneficiari predetti.

Le Aziende effettuano mensilmente, in occasione della liquidazione delle competenze, salvo conguaglio ove occorra, la trattenuta dei contributi a carico dei soci beneficiari di cui all'art. 5 lett. f) dello Statuto dalle competenze di questi e provvedono a versarli al Fondo unitamente ai propri.

Rimane confermato, come disposto dall'Accordo costitutivo, che, per le finalità del Fondo, le contribuzioni di cui sopra non assumono rilevanza né ai fini del trattamento di fine rapporto né a quelli di qualsiasi altro istituto pertinente al rapporto di lavoro subordinato dei soci beneficiari di cui all'art. 5 lett. f) dello Statuto.

Soci beneficiari diversi dai dipendenti in servizio

Il contributo posto a carico di ogni altro socio beneficiario, da corrispondere per avere diritto alle prestazioni del Fondo per sé e per i propri familiari per i quali può chiedere le prestazioni del Fondo stesso, è costituito da un importo che deve essere corrisposto anticipatamente per ciascun anno di associazione, determinato in misura percentuale sul reddito di pensione o di quello ad esso assimilabile, con un minimo di 280,00 euro, aumentato dal 2021 ad euro 320,00. Nel seguito del presente Regolamento sono indicate le misure e le articolazioni di tale contributo.

Rimangono esentati dal versamento i nati prima del 1° gennaio 1923.

1. Soci beneficiari pensionati ed assimilati, iscritti al Fondo alla data di entrata in vigore del presente Regolamento. Per gli anni 2019 e 2020 la misura percentuale per la determinazione del contributo resta fissata nell' 1,75 %, per gli anni successivi è portata al 2 %.
2. Pensionati e assimilati, come tali già soci del Fondo, che hanno perso il diritto all'adesione a causa del recesso della Azienda ex datrice di lavoro, intervenuto in data non antecedente il 31 dicembre 2008 e sino al 31 dicembre 2018, senza la possibilità di accedere a forme alternative di assistenza. L' iscrizione al Fondo è consentita dal 2019, con versamento della quota associativa definita analogamente a quella degli attuali iscritti.
3. Pensionati e assimilati, come tali già soci del Fondo, che hanno avuto la possibilità di accedere a forme alternative di assistenza in relazione al recesso della Azienda ex datrice di lavoro, intervenuto in data non antecedente il 31 dicembre 2008 e sino al 31 dicembre 2018, ma non vi hanno aderito o cessano tale adesione. L'iscrizione al Fondo è consentita dal 2019; la misura percentuale per la determinazione del contributo annuo è fissata nel 2%.
4. Pensionati già dipendenti di società terze (ex. Art. 5 lett. h) dello Statuto. L'iscrizione al Fondo è consentita dal 2020; la misura percentuale per la determinazione del contributo annuo è fissata nel 2%. Tali soci hanno diritto alle prestazioni del Fondo così come indicate nel presente Regolamento, fatta salva, limitatamente ai primi 12 mesi d'iscrizione, una riduzione del 50% per quanto concerne le prestazioni relative a cure odontostomatologiche e ortodontiche e apparecchi acustici.

Il socio beneficiario di cui all'art. 5 lett. f) dello Statuto, che diventi socio beneficiario ad altro titolo, a condizione che dall' Azienda datrice sia stato versato nell' anno in cui si verifica tale variazione almeno un contributo mensile di sua competenza, è esonerato dal pagamento di altro contributo a suo carico.

Nota transitoria

Le disposizioni di Regolamento che precedono, relative agli anni successivi al 2019, sono definite anche al fine di consentire una elaborazione pluriennale stimata delle prospettive economiche del Fondo. Esse dovranno in ogni caso essere confermate, o eventualmente modificate, a norma di Statuto dagli Organi associativi che subentreranno al Comitato Direttivo provvisorio.

Capo 2 – Modalità di associazione

I soci beneficiari pensionati sottoscrivono un modulo di adesione, appositamente predisposto, allegando gli eventuali documenti richiesti, per poter beneficiare delle prestazioni per sé e per i familiari componenti il proprio nucleo familiare. Il modulo dovrà essere ricompilato ad ogni variazione della situazione personale del socio.

Ai soci pensionati già iscritti, la Segreteria del Fondo invia entro il termine dell'anno in corso comunicazione contenente le indicazioni utili al rinnovo dell'iscrizione per l'anno successivo.

I pensionati che intendono iscriversi per la prima volta (di cui al punto 4) del precedente capo 1), sono tenuti a presentare domanda corredata dall'opportuna documentazione indicata nel sito * dell'Associazione entro il 15 gennaio a partire dal 2020.

Il Comitato Direttivo esamina le richieste formulate da parte degli interessati, di cui all'Art. 5 lett. h) dello Statuto, entro la fine dello stesso mese dandone riscontro ai medesimi. Al ricevimento della comunicazione di accettazione della richiesta di adesione l'interessato effettua il pagamento della quota associativa. Tale pagamento rende efficace l'adesione con decorrenza dal primo gennaio.

**Disponibile dalla seconda metà del 2019*

Capo 3 – Regolamento di gestione e delle prestazioni

NORME GENERALI – indice-

Art. 1. Regolamento di gestione	pag.	4
Art. 2. Beneficiari	pag.	4
Art. 3. Attestazione del diritto	pag.	4
Art. 4. Versamento della quota associativa	pag.	5
Art. 5. Documenti	pag.	5
Art. 6. Criteri di rimborso	pag.	5
Art. 7. Modalità di rimborso	pag.	6
Art. 8. Autorizzazioni e prescrizioni mediche	pag.	6
Art. 9. Riservatezza	pag.	6
Art. 10. Interventi straordinari	pag.	7
Art. 11. Modifiche	pag.	7

PRESTAZIONI

Art. 12. Malattia e infortunio	pag.	7
Art. 13. Visite specialistiche	pag.	8
Art. 14. Diagnostica strumentale e di laboratorio	pag.	9
Art. 15. Ricoveri ospedalieri	pag.	9
Art. 16. Trasporto infermi	pag.	10
Art. 17. Medicinali	pag.	10
Art. 18. Terapie fisiche, riabilitative e desensibilizzanti	pag.	11
Art. 19. Assistenza infermieristica privata	pag.	11
Art. 20. Cure odontostomatologiche e ortodontiche	pag.	12
Art. 21. Cure termali	pag.	13
Art. 22. Presidii e tutori ortopedici	pag.	13
Art. 23. Apparecchi acustici	pag.	14
Art. 24. Occhiali e lenti corneali	pag.	14
Art. 25. Latte artificiale	pag.	15

ALLEGATI

Tabella delle prestazioni	Pag.	16
Tariffario lenti correttive	pag.	17
Tariffario prestazioni odontoiatriche	pag.	18

NORME GENERALI

Art. 1 – Regolamento di gestione e delle prestazioni

Il presente Regolamento disciplina le prestazioni dell'Associazione Fondo di Solidarietà Integrativo Settore Commerciale (di seguito Fondo), rese in conformità allo Statuto che la regge.

La Tabelle allegate, che sono parte integrante del Regolamento, definiscono la misura delle prestazioni.

Art. 2 - Beneficiari

Hanno diritto alle prestazioni del Fondo:

- a) i soci beneficiari di cui all'art. 5 dello Statuto;
- b) i familiari componenti il nucleo familiare dei soci di cui alla lettera a), con le limitazioni previste per ogni singola prestazione.
- c)

Sono considerati componenti il nucleo familiare:

1. il coniuge che non lavori o che risulti in possesso di un reddito inferiore ai limiti fissati per l'erogazione degli assegni familiari, sia convivente che separato;
2. i figli minori, conviventi e dati in affidamento ai soci;
3. i figli conviventi fino al 21° anno di età, purché fiscalmente a carico, e fino al 26° anno di età, purché in regola con il corso legale degli studi;
4. i figli maggiorenni conviventi inabili;
5. i figli di cui ai punti 2), 3) e 4) conviventi con il coniuge separato;
6. i genitori conviventi che dimostrino di avere un reddito inferiore ai limiti fissati per l'erogazione degli assegni familiari.

Nota: i figli ed il coniuge superstite dei soci beneficiari già titolari delle prestazioni del Fondo, possono mantenere il diritto alle prestazioni alle seguenti condizioni: per i figli, che essi rimangano a carico del coniuge superstite; per il coniuge, che la pensione di reversibilità costituisca la principale fonte di reddito.

Art. 3 - Attestazione del diritto

Il socio, all'atto della presentazione di una richiesta di prestazione al Fondo, è tenuto a sottoscrivere una dichiarazione in fede attestante che il beneficiario rientra tra gli aventi diritto secondo quanto previsto al precedente art. 2. Il socio è tenuto a fornire al Fondo, su richiesta di questo, documentazione idonea a comprovare il diritto dei beneficiari da lui indicati.

Art. 4 - Versamento della quota associativa

Il versamento della quota associativa annuale da parte dei pensionati si effettua secondo le modalità comunicate dalla Segreteria anno per anno.

Art. 5 - Documenti

Le prestazioni del Fondo che prevedono un rimborso di spese sostenute dal socio sono effettuate sulla base di copie di documenti originali (fattura, nota, parcella, “fattura/ricevuta fiscale”) con allegata dichiarazione di conformità all’originale.

La Segreteria del Fondo potrà richiedere l’esibizione dei documenti in originale. La mancata esibizione comporterà la sospensione del rimborso.

Ai fini del rimborso da parte del Fondo, i documenti suddetti devono contenere:

- data di emissione;
- relativamente all’emittente: nome e cognome, ovvero ditta, denominazione o ragione sociale, se trattasi di imprese, società o enti; residenza o domicilio; codice fiscale o numero partita IVA;
- relativamente al destinatario: nome e cognome, residenza e codice fiscale;
- natura, qualità e quantità dei beni e dei servizi formanti l’oggetto della prestazione;
- corrispettivi ed altri dati necessari per la determinazione della base imponibile;
- aliquota ed ammontare dell’imposta (o titolo di esenzione IVA, se la prestazione non è soggetta ad IVA).

Nel caso di prestazioni erogate all’estero, la documentazione rilasciata da un operatore sanitario straniero deve contenere, oltre alla denominazione, ragione sociale o qualità professionale dell’operatore in questione ed al corrispettivo pagato, l’espresso riferimento all’attività sanitaria esercitata dal soggetto che rilascia la documentazione ed alla prestazione effettuata.

In ogni caso, è necessario che il socio provveda ad allegare una traduzione in lingua italiana, da lui sottoscritta per garantirne la veridicità, di tutta la documentazione rilasciata in lingua straniera.

Documenti incompleti o che rechino cancellazioni o modifiche non sono presi in considerazione.

Art. 6 - Criteri di rimborso

I documenti presentati debbono essere relativi a prestazioni specifiche (anche se parziali).

La richiesta di rimborso deve essere redatta sull’apposito modulo in duplice copia debitamente firmato e compilato in ogni sua parte e, corredata da tutta la documentazione prevista dal Regolamento, deve pervenire alla Segreteria del Fondo entro il termine massimo di due mesi, anche nel caso in cui tale richiesta si riferisca a cure prolungate per le quali sono stati effettuati parziali esborsi. Per il computo dei due mesi si tiene conto della data riportata su ogni singolo documento.

Le richieste presentate successivamente a tale termine non danno luogo ad alcun rimborso.

In caso di risoluzione del rapporto di lavoro, il socio dipendente, che non diventi socio beneficiario ad altro titolo, è tenuto a richiedere il rimborso delle eventuali spese riferite e sostenute in costanza del rapporto entro i 30 giorni successivi alla cessazione dello stesso, ancorché non sia scaduto il termine previsto al 2° comma per la validità dei documenti.

In nessun caso l'IVA, eventualmente compresa nei documenti presentati per la richiesta di rimborso, e' considerata quale base di calcolo per gli interventi del Fondo.

Il previsto contributo ASL o di qualsiasi altro Ente pubblico è sempre detratto dalle somme spese, per le quali il socio chiede il rimborso secondo le norme del Regolamento. Il socio e' pertanto tenuto a comunicare al Fondo l'entità del rimborso, presentando adeguata documentazione.

Qualunque importo indebitamente o erroneamente ricevuto dovrà essere restituito.

Art. 7 - Modalità di rimborso

I rimborsi o i contributi per le spese sostenute dal socio sono erogati direttamente dal Fondo tramite bonifico bancario di norma entro il secondo mese successivo a quello di presentazione della richiesta.

Art. 8 - Autorizzazioni e prescrizioni mediche

Qualora sia richiesta un'autorizzazione da parte del consulente sanitario del Fondo, questa deve essere redatta e sottoscritta dal sanitario su apposito modulo. Non sono pertanto ammissibili autorizzazioni verbali.

La validità di una prescrizione medica, anche in caso di cure prolungate, non può superare i 12 mesi eccetto che per la prescrizione oculistica che ha una validità di 24 mesi

Art. 9 - Riservatezza

I dati personali detenuti da Fondo sono trattati nel rispetto della normativa prevista nel Regolamento UE 2016/679 GDPR e alle relative norme applicative di tempo in tempo vigenti.

Possono essere divulgate informazioni relative al Fondo solo in forma di relazione complessiva, ancorché riferita a singole prestazioni, o di dati statistici.

Art. 10 - Interventi straordinari

Il Comitato Direttivo può, discrezionalmente, disporre interventi straordinari in casi individuali, per prestazioni sanitarie di carattere particolare nell'ambito delle forme di assistenza previste dal presente Regolamento.

Le decisioni del Comitato Direttivo sono inappellabili e non costituiscono precedente.

Art. 11 - Modifiche

Fermo restando quanto disposto dall'art. 20 dello Statuto, è facoltà del Comitato Direttivo, procedere, non più di due volte all'anno, alla modifica delle percentuali di rimborso, dei massimali di spesa o dei tariffari adottati per le singole prestazioni, elencati nella tabella allegata fino ad un massimo di +/- 15 % annuo per singola voce di spesa.

Le modifiche introdotte non possono, nell'arco dell'anno, portare ad una spesa complessiva aggiuntiva prevista superiore al 30% dell'avanzo di gestione (patrimonio meno riserva tecnica) definito esistente al 31 dicembre dell'anno precedente.

Le modifiche introdotte non possono avere una durata superiore ad un anno, sempre che non vengano recepite da successive modifiche del Regolamento.

PRESTAZIONI

Art. 12 - Malattia e infortunio

Beneficiari: soci beneficiari dipendenti.

Il Fondo può intervenire nell'ambito della gestione straordinaria, quando vi è la cessazione totale della corresponsione della retribuzione e, in via eccezionale, secondo il disposto dell'art. 10 del presente Regolamento, quando vi è una parziale riduzione della retribuzione stessa.

Il Fondo interverrà comunque, in una misura che non potrà eccedere complessivamente l'85% della normale retribuzione mensile lorda, per i casi di quei dipendenti che siano sottoposti a trattamento di emodialisi, o affetti da morbo di Cooley o da neoplasie, nonché per le situazioni che per prospettive prognostiche siano assimilabili a quelle precedentemente indicate nel presente capoverso, sia nel caso di cessazione totale della corresponsione della retribuzione che nel caso di parziale riduzione della retribuzione stessa.

Nei casi di episodi morbosi significativi l'intervento del Fondo integrerà quanto il lavoratore ha percepito mensilmente in base al disposto contrattuale, fino al raggiungimento del 75% della sua normale retribuzione mensile lorda.

Per poter usufruire dell'intervento il dipendente deve farne espressa richiesta, facendo pervenire all'assistente sociale e al consulente sanitario del comprensorio o del Fondo la documentazione, anche sanitaria, necessaria alla valutazione del caso.

La decisione sui singoli casi compete al Comitato Direttivo, sulla base degli elementi acquisiti da parte dell'assistente sociale e del consulente sanitario.

Gli interventi del Fondo dovranno in ogni caso tener conto di tutte le prestazioni economiche erogate a qualsiasi titolo dagli Enti pubblici, di previdenza e assicurazione sociale, che dovranno essere dichiarate dal dipendente, e non potranno ad alcun titolo coprire gli effetti di sanzioni economiche disposte in forza di norme di legge o di contratto.

Art. 13 - Visite Specialistiche

Il Fondo rimborsa la spesa sostenuta per visite specialistiche, anche eseguite in regime di convenzionamento ASL (ticket).

Non è previsto il rimborso delle visite omeopatiche. Sono assimilate alle visite specialistiche :

- le sedute ambulatoriali o domiciliari di chemioterapia parenterale o endoscopica
 - antitumorale eseguita da clinici o chirurghi oncologi ;
 - le prestazioni fornite da medici agopuntori, chiropratici (manipolazioni), per la terapia del dolore;
 - le infiltrazioni endoarticolari eseguite, sempre per finalità antalgiche, da specialisti ortopedici e reumatologi;
 - le visite specialistiche di dietologi nutrizionisti, limitatamente a casi di grave obesità, di scompensi cardiocircolatori e/o respiratori, di gravi dismetabolismi;
 - le prestazioni di piccola chirurgia ambulatoriale collegata alle visite di alcune branche specialistiche, come la dermatologia o come la chirurgia.
- Per le sedute di psicoterapia e per quelle psicoanalitiche è previsto il rimborso della spesa a condizione che le cure vengano effettuate da medici psichiatri o neurologi oppure da psicologi iscritti all'Albo degli psicoterapeuti.

Il rimborso di una prestazione eseguita in regime di convenzionamento (ticket) è erogato nella percentuale prevista in Tabella

Documentazione da presentare alla Segreteria del Fondo:

la fattura del medico da cui risulti la specialità dello stesso, tipo e numero di visite (es. visita specialistica cardiologica, oculistica ecc.) e relativo importo.

Per gli interventi chirurgici e ambulatoriali il medico dovrà specificare la loro denominazione. Per le visite dietologiche è richiesta la prescrizione medica con la diagnosi clinica iniziale.

Per le sedute di psicoterapia e psicoanalitiche è necessario presentare in aggiunta ai documenti sopraindicati l'attestazione di iscrizione all'albo degli psicoterapeuti se lo specialista presso il quale si è svolta la terapia è uno psicologo.

Art. 14 - Diagnostica strumentale e di laboratorio

Il Fondo rimborsa la spesa sostenuta per esami di diagnostica strumentale e di laboratorio eseguita in regime di convenzionamento ASL (ticket) con la percentuale riportata in tabella.

Il Fondo rimborsa la spesa sostenuta per esami specialistici strumentali (radiografie, ecografie, RMN, TAC, scintigrafie, ecodoppler, elettromiografie, mammografie, angiografie, arteriografie, coronarografie, ecc.) non effettuati in regime di convenzionamento ASL con la percentuale riportata in tabella.

Documentazione da presentare alla Segreteria del Fondo:

- la prescrizione del medico di base ASL e/o dello specialista o di altra struttura pubblica;
- la fattura della prestazione con l'elenco degli esami effettuati.
- la ricevuta del ticket, da cui risulti inequivocabilmente la dicitura "ticket".

Art. 15 - Ricoveri ospedalieri

Il Fondo interviene in casi di particolare rilevanza clinica e/o difficoltà terapeutica, nei quali, da un'accurata verifica del C.D., emerge l'impossibilità di garantire un sufficiente livello di assistenza e/o di rapidità di intervento presso le strutture pubbliche o, ancora, nei casi di non sufficiente copertura economica da parte dell'ASL per prestazioni autorizzate in strutture private con essa convenzionate.

Il Fondo rimborsa in caso di interventi in struttura pubblica o convenzionata, per le spese di degenza sostenute per cambio di classe (passaggio da corsia a camera singola), l'importo fisso giornaliero riportato in tabella.

Il Fondo rimborsa per l'assistenza al parto da parte del ginecologo di fiducia l'importo fisso riportato in tabella.

Documentazione da presentare alla segreteria del Fondo:

- fattura relativa alle spese di degenza per cambio di classe
- fattura del ginecologo

Art.16 - Trasporto Infermi

Il Fondo rimborsa la spesa sostenuta per il trasporto con autoambulanza o altri mezzi di soccorso nei seguenti casi:

- trasporto urgente per malattia o infortunio;
- trasporto in caso di trasferimento di pazienti, non altrimenti trasportabili, in città diverse da quelle di residenza per ragioni inerenti la malattia (consultori, ricoveri, terapie, ecc.);
- nei casi di trasferimenti effettuati con altri mezzi di trasporto per consulti specialistici o ricoveri ospedalieri a una distanza superiore a 50 km dal luogo di residenza, il Fondo, su autorizzazione del C.D., potrà rimborsare il viaggio per il paziente e, nei casi particolari, per un accompagnatore, secondo le tariffe ferroviarie vigenti per la 1^a classe.

Documentazione da presentare alla Segreteria del Fondo:

- nel primo caso, la documentazione delle spese sostenute e dell'eventuale certificato di ricovero o di Pronto Soccorso;
- nel secondo caso, una relazione medica e la documentazione delle spese sostenute;
- nel terzo caso, una relazione medica e i biglietti del viaggio A/R in treno in 1^a classe, l'importo dei quali costituirà il massimale rimborsabile qualora il viaggio venga effettuato con mezzi propri (allegare in questo caso valida documentazione, come ad esempio, i biglietti dell'autostrada, ecc.).

Art.17 - Medicinali

Il Fondo rimborsa la spesa relativa a:

- vaccini desensibilizzanti prescritti da specialisti allergologi;
- farmaci reperibili solo all'estero, farmaci non erogabili in regime di convenzione con il SSN, ma prescritti da Enti Ospedalieri o medici specialisti. Sono accolte le prescrizioni del medico di base purchè sia allegata copia della prescrizione originaria dello specialista e/o dell'Ente Ospedaliero;
- spese relative a vaccinazioni non obbligatorie, ma prescritte in specifiche situazioni dai medici curanti (es.: anti-HBV, ecc.);
- forniture di ossigeno per gravi scompensi cardiorespiratori.

Sono esclusi da qualsiasi forma d'intervento i prodotti della medicina omeopatica ed i prodotti ed i farmaci da banco.

Documentazione da presentare alla Segreteria del Fondo:

- la prescrizione medica specialistica e/o dell'Ente ospedaliero contenente il nome e cognome del paziente e la durata della terapia ; oppure la prescrizione del medico di base con allegata copia della prescrizione originaria dello specialista e/o dell'Ente Ospedaliero;
- per i farmaci non erogabili dal SSN e per i farmaci reperibili solo all'estero, i tagliandi dei prezzi ricavati dalle confezioni e lo scontrino fiscale ;
- lo scontrino fiscale o la ricevuta/attestante la spesa ricevuta/fattura per le forniture di ossigeno;

Art. 18 - Terapie fisiche, riabilitative e desensibilizzanti

Regime ordinario.

Il Fondo rimborsa la spesa sostenuta per terapie fisiche e riabilitative, non erogabili in regime di convenzione con la ASL, e prescritte da specialisti ortopedici o fisiatristi per la cura di malattie acute e/o degenerative dell'apparato osteo-articolare e muscolare.

Il Fondo rimborsa inoltre la spesa sostenuta per l'erogazione di terapie desensibilizzanti prescritte da medici allergologi per affezioni di natura allergica.

Il Fondo interviene anche per i corsi di ginnastica rieducativa, prescritti da medici specialisti per la cura dei distorsioni del rachide dei giovani fino a 18 anni (cifosi, scoliosi, ecc.).

Il Fondo rimborsa inoltre le sedute di ginnastica riabilitativa per gli adulti prescritte da medici specialisti per patologie osteo-articolari e muscolari.

Il Fondo rimborsa le spese relative a terapie fisiche (mesoterapie, linfodrenaggi, pressoterapie, ecc.) che non si prefiggano scopi estetici su prescrizione di ortopedici e/o angiologi.

Il rimborso delle prestazioni eseguite in regime di convenzionamento (ticket), è erogato nella percentuale prevista in Tabella.

Regime speciale.

Il Fondo rimborsa la spesa sostenuta per la fisioterapia domiciliare limitatamente ai seguenti casi:

- traumatizzati gravi;
- esiti di ictus;
- malattie primitive dell'apparato muscolare.

Documentazione da presentare alla Segreteria del Fondo:

- la prescrizione medica specialistica con la diagnosi e il numero delle terapie prescritte;
- la fattura della spesa sostenuta;
- la ricevuta del ticket da cui risulti inequivocabilmente la dicitura "ticket".

Art. 19 - Assistenza infermieristica privata

Il Fondo rimborsa le spese per assistenza infermieristica privata fornita in forma diretta o per il tramite di organizzazioni di categoria, da personale dotato di diploma o titolo equipollente, relativamente a patologie particolarmente gravi, nelle quali si renda necessaria un'assistenza di almeno tre ore giornaliere consecutive, da parte di personale paramedico.

Il rimborso si effettua sia per l'assistenza domiciliare che ospedaliera.

Fatto salvo il potere discrezionale del C.D., i quadri clinici di riferimento ed i periodi massimi assistibili, anche non continuativi, per anno solare sono i seguenti:

- Scompenso cardio-circolatorio 720 ore (fasi acute)
- Forme di patologia neurologica e psichiatrica 2160 ore

gravi (fasi acute)

- Ictus cerebrale 2160 ore
- Neoplasie maligne in fase terminale 2160 ore
- Episodi acuti particolarmente gravi
- (decorsi post-chirurgici, politraumatizzati) 720 ore

In casi di particolare gravità, può essere riconosciuto, da parte del C.D., il raddoppio dei periodi suddetti.

Documentazione da presentare alla Segreteria del Fondo:

- una relazione medica dettagliata sulle condizioni cliniche e le necessità di assistenza del paziente;
- la fattura della spesa sostenuta, con la precisazione delle ore di assistenza prestate; nei casi di spesa non documentabile l'infermiere/a che ha prestatato l'assistenza deve presentare autocertificazione su apposito modulo distribuito dal Fondo.

Art. 20 - Cure odontostomatologiche e ortodontiche

Odontostomatologia.

Il Fondo rimborsa le prestazioni di chirurgia orale, di terapia conservativa e protesica (fissa e mobile), inserite nel nomenclatore allegato, adottato e periodicamente aggiornato dal Fondo stesso, sulla scorta delle indicazioni della FNOMCEO.

In nessun caso sono rimborsate le corone provvisorie

Il rimborso delle prestazioni eseguite in regime di convenzionamento (ticket), è erogato nella percentuale prevista in tabella.

Ortodonzia.

Il Fondo rimborsa le prestazioni per le terapie ortodontiche, inserite nel nomenclatore allegato.

Nel caso in cui nel corso dello stesso anno solare la terapia sia effettuata con passaggio da apparecchio fisso a mobile o viceversa, verrà erogato, per ogni arcata, un massimale di rimborso non superiore a quello previsto per l'apparecchio fisso

Condizione indispensabile per il rimborso sarà la effettuazione delle cure odontostomatologiche e ortodontiche da parte di medici dentisti o odontoiatri iscritti all'Albo.

Il rimborso delle prestazioni eseguite in regime di convenzionamento (ticket), è erogato nella percentuale prevista in tabella.

Il rimborso delle spese per tutte le cure odontoiatriche è soggetto ad un massimale annuo per nucleo familiare.

Documentazione da presentare alla Segreteria del Fondo:

- la scheda cure dentarie debitamente compilata in ogni sua parte dal medico dentista o odontoiatra ;
- la fattura della spesa sostenuta;
- la ricevuta del ticket da cui risulti inequivocabilmente la dicitura “ticket”.

Art. 21 - Cure termali

Il Fondo rimborsa le spese sostenute per le cure termali prescritte dal medico di base.

Il rimborso consiste nell'erogazione di una diaria giornaliera per un periodo di 12 giorni di cura ogni anno oppure ogni semestre nel caso di sordità rinogena.

Il rimborso delle prestazioni eseguite in regime di convenzionamento (ticket), è erogato nella percentuale prevista in tabella.

Nel caso in cui lo specialista prescriva delle cure suppletive non riconosciute dalla ASL, verrà corrisposta la percentuale di rimborso prevista per le terapie fisiche (Art.18).

Documentazione da presentare alla Segreteria del Fondo:

- la fattura della spesa sostenuta per il soggiorno;
- la ricevuta del ticket da cui risulti inequivocabilmente la dicitura “ticket”;
- la prescrizione medica specialistica delle eventuali cure suppletive;
- la fattura della spesa sostenuta per le eventuali cure suppletive.

Art. 22 - Presidii e tutori ortopedici, strumenti protesici e di contenimento

Il Fondo rimborsa le spese per l'acquisto o il noleggio, su prescrizione del medico specialistica, di presidii e tutori ortopedici, strumenti protesici e di contenimento. In particolare:

- scarpe ortopediche a condizione che siano fornite da officine ortopediche specializzate, con esclusione quindi di calzature fabbricate in serie.
- tutori ortopedici del tipo di collari, ventriere, ginocchiere e cavigliere, grucce, prescritti nelle fasi post-chirurgiche o per traumatismi articolari;
- spallacci di correzione per dorso, in casi di dismorfismi del rachide, plantari per anomalie del carico;
- cinti erniari, in casi di patologia non correggibile chirurgicamente;
- calze elastiche, prescritte da angiologi nei decorsi post-chirurgici di varicectomia;
- protesi mammarie in mastectomizzate;

- protesi oculari nella misura eventualmente eccedente quella del rimborso previsto dal SSN (Legge 30 marzo 1971, n°118);
- noleggio di lettini antidecubito, di carrozzelle, di bastoni canadesi, di apparecchi per fisioterapia e aerosolterapia.

Non beneficiano del contributo del fondo i mezzi di protezione e/o contenimento acquistati per attività sportiva.

Potranno essere rimborsati di volta in volta, secondo la discrezionalità del C.D., spese relative a presidi e tutori ortopedici atti ad “accessoriare” mezzi di trasporto di grandi invalidi (carrozzelle), che non beneficiano per questo della copertura dell’ASL.

Documentazione da presentare alla Segreteria del Fondo:

- la prescrizione medica dello specialista
- la fattura di acquisto e/o noleggio.

Art. 23 - Apparecchi acustici

Il Fondo interviene per la spesa eccedente il rimborso ASL, ovvero sulla spesa totale in casi di patologie non coperte da tutela ASL, qualora vi sia comunque una prescrizione specialistica da parte di una struttura pubblica.

Il rimborso è ripetibile con la periodicità prevista in tabella.

Viene rimborsato anche il costo di riparazione degli apparecchi.

Documentazione da presentare alla Segreteria del Fondo:

- la prescrizione medica dello specialista della ASL o di altra struttura pubblica;
- la fattura di acquisto e/o riparazione.

Art. 24 - Occhiali e lenti corneali

Il Fondo rimborsa la spesa relativa all’acquisto di lenti correttive per vizi visivi, con i massimali previsti dal proprio Tariffario, che sarà aggiornato periodicamente secondo le indicazioni fornite dalle aziende produttrici di maggior rilievo.

Si precisa che possono essere rimborsati, anche contemporaneamente, sia occhiali che LAC.

Occhiali

E’ previsto il rimborso per tutti i vizi puri o complessi superiori o uguali a 0.50 diottrie.

E’ previsto il rimborso delle lenti progressive o bifocali . Non sono previsti rimborsi per occhiali prestampati.

E’ previsto il rimborso del trattamento antiriflesso nella misura indicata in tabella, purché il vizio sia quello sopraindicato.

E’ previsto il rimborso della montatura nella misura indicata in tabella.

Salvo variazioni documentate del visus, la frequenza del rimborso è la seguente:

- fino a 18 anni: una volta ogni anno;
- oltre i 18 anni : una volta ogni due anni.

Lenti corneali (LAC)

Per le lenti corneali (morbide, rigide o semirigide compreso le lenti usa e getta) il rimborso è previsto a partire da 1 diottria anche monolaterale con la percentuale ed il massimale annuo previsto in tabella.

Coloro che, pur non rientrando in tale casistica, acquistano lenti corneali, saranno rimborsati secondo le modalità previste per le normali lenti di pari gradazione.

Il Fondo rimborsa il liquido per la pulizia ed il mantenimento delle LAC per l'importo massimo annuo indicato in tabella

Documentazione da presentare alla Segreteria del Fondo:

- la prescrizione dello specialista oculista
- la fattura dell'ottico nella quale sia indicato il costo separato delle lenti e della montatura e dell'eventuale trattamento antiriflesso, oltre che il tipo di lenti fornite con relativa gradazione oppure il costo ed il tipo di LAC acquistate
- la fattura dell'ottico per il liquido delle LAC

Art. 25 - Latte artificiale

Il Fondo rimborsa le spese sostenute per l'acquisto del latte artificiale sino al compimento del 6° mese di età.

Documentazione da presentare alla Segreteria del Fondo:

- la prescrizione medica che specifichi la necessità per il neonato di essere alimentato artificialmente indicando il nome, cognome ed età del bambino;

TABELLA DELLE PRESTAZIONI
FSISC

Art.	PRESTAZIONI	% di rimborso	Massimale per prestaz.	Massimale annuo(1.1/31.12)	Periodicità
	Ticket visite specialistiche	85			
	Ticket altre prestazioni previste dal Regolamento	68			
12	Malattia e infortuni	fino a 73%			
13	Visite specialistiche private	68	71,00		
	Prest. Private assimilate alle visite specialistiche (v.Regolamento)	68	71,00		
	Visite pediatriche private	68	45,00		
	Sedute di psicoterapia private	51		1757,00	
14	Diagnostica strumentale privata	50			
15	Ricoveri ospedalieri		Diaria 23,00/g		
	Assistenza al parto	85	221,00		
16	Trasporto infermi	85			
17	Medicinali	60			
18	Terapia privata in regime ordinario	60			
	Terapie privata in regime speciale	68			
19	Assistenza infermieristica	68	8,00/h		come da art.19
20	Odontostomatologi a Ortodonzia	68 68	Tariffario F.S.I.O-SC	Nucleo famil. 3513,00	
21	Cure termali - soggiorno		Diaria 18,00/g		
	Cure suppletive	59			
22	Presidi e tutori ortopedici.strumenti ortopedici e	68			
23	Apparecchi acustici monolaterali	68	659,00		ogni 3 anni
	Apparecchi acustici bilaterali	68	1318,00		
	Riparazione	68			
24	Occhiali	68	Tariffario F.S.I.O.-SC		come da art.24
	Montatura	85	67,00		
	LAC	68		256,00	
	Liquidi per LAC	85		67,00	
	Trattamento antiriflesso	85	23,00 a lente		
25	Latte artificiale	51			Sino al 6° mese

NOMENCLATORE E TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE**TABELLA OCCHIALI
FSISC**

Per una lente di tipo sferico, il rimborso è contenuto entro i seguenti massimali:

- 25,00 per diottrie da 0.50 a 3
- 34,00 per diottrie da 3.25 a 5
- 43,00 per diottrie da 5.25 a 10
- 68 % della spesa oltre 10 diottrie.

Per una lente di tipo torico, cil. +2, il rimborso è contenuto entro i seguenti massimali:

- 33,00 per diottrie da 0.50 a 5
- 56,00 per diottrie da 5.25 a 10
- 68 % della spesa oltre 10 diottrie.

Per una lente di tipo torico, cil. +4, il rimborso è contenuto entro i seguenti massimali:

- 39,00 per diottrie da 0.50 a 5
- 68,00 per diottrie da 5.25 a 10
- 68 % della spesa oltre 10 diottrie.

Per una lente bifocale di tipo sferico, il rimborso è contenuto entro i seguenti massimali:

- 57,00 fino a 6 diottrie
- 66,00 da 6.25 diottrie.

Per una lente bifocale di tipo torico, il rimborso è contenuto entro i seguenti massimali:

- 75,00 fino a 6 diottrie
- 86,00 da 6.25 diottrie.

Per una lente progressiva, il rimborso è contenuto entro i seguenti massimali:

- 106,00 per lente sferica
- 120,00 per lente torica.

Per una lente anisometrica speciale, in casi di grave anisometropia, il rimborso è previsto fino al 68% della spesa effettiva.

N.B.: PERIODICITA' RIMBORSI

LENTI OCCHIALI PER >18 ANNI RIMBORSO OGNI 2 ANNI SOLARI

LENTI OCCHIALI PER <18 ANNI RIMBORSO OGNI ANNO SOLARE

LE LAC SONO INSERITE NELLA TABELLA RIMBORSI

N.B. la validità di una prescrizione oculistica è di 24 mesi rispetto alla data fattura

Il rimborso è contenuto entro i seguenti massimali:

Igiene orale e paradontologia	€
Ablazione tartaro (1 all'anno)	49,00
Levigatura delle radici (ogni 6 denti)	33,00
Placca di svincolo	187,00
Courettage gengivale (per 4 denti)	90,00
Gengivectomia (per 4 denti)	90,00
Lembo gengivale (per 4 denti)	182,00
Chirurgia	
Estrazione semplice di dente o radice	49,00
Estrazione complicata di dente o radice	62,00
Estrazione semplice del terzo molare	62,00
Estrazione del terzo molare in disodontiasi	82,00
Estrazione di dente o radice in inclusione ossea parziale	102,00
Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale	128,00
Membrana + innesto osseo (per 4 denti)	203,00
Legatura interdentale (per 4 denti)	82,00
Molaggio selettivo	21,00
Apicectomia (cura canalare a parte)	94,00
Interventi di piccola chirurgia orale	90,00
Conservativa	
Carie non penetrante	82,00
Sigillatura di solchi (per dente)	25,00
Trattamento chimico della ipersensibilità dentale e profilassi della carie dentale (ogni 2 denti)	25,00
Carie penetrante in monoradicolato	122,00
Carie penetrante in pluriradicolato	163,00
Apecificazione (da un minimo di 4 a un massimo di 10 sedute) a seduta	21,00
Ortodonzia	
Ortopantomografia	41,00
Correzione di anomalie occlusive con apparecchiature rimovibili o funzionali per anno (per arcata e per anno solare)	324,00
Correzione di anomalie occlusive con apparecchiature fisse per anno (per arcata e per anno solare)	715,00
Protesi fissa	
Intarsio in oro o ceramica	203,00
Corona fusa o elemento di protesi in lega preziosa con faccetta in resina	316,00
Corona in ceramica o elemento di ponte in lega preziosa e ceramica	385,00
Perno moncone in lega aurea	122,00
Corona o elemento in metallo non nobile e resina	82,00
Ribasamento protesi totale	106,00
Riparazione per frattura completa protesi totale	65,00
Riparazione faccetta in ceramica	65,00
Protesi mobile	

Protesi mobile parziale in resina di un solo elemento più ganci	102,00
Per ogni elemento in più	45,00
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina	728,00
Protesi scheletrata mobile in cromo cobalto o metalli simili non nobili	
di 1 solo elemento con due ganci appoggio elastico e ritenzione	373,00
Per ogni elemento in più	62,00
Implantologia	
Impianti a vite metallici ricoperti da materiali bioinerti o impianti non metallici	526,00
<p>N.B.: - LE TARIFFE DI RIMBORSO SONO ONNICOMPRESIVE E TENGONO CONTO DELLE PRESTAZIONI ACCESSORIE NECESSARIE (RADIOGRAFIE, ANESTESIE, ECC.)</p> <p>- IN NESSUN CASO SONO RIMBORSATE LE CORONE PROVVISORIE</p> <p>- PER GLI APPARECCHI ORTODONTICI, NEL CASO IN CUI NEL CORSO DELLO STESSO ANNO SOLARE LA TERAPIA SIA EFFETTUATA CON PASSAGGIO DA APPARECCHIO FISSO A MOBILE E VICEVERSA, PER OGNI ARCATA VERRA' EROGATO UN MASSIMALE DI RIMBORSO NON SUPERIORE A QUELLO PREVISTO PER L'APPARECCHIO FISSO</p>	