

Milano, 21 dicembre 2015

Prot. 293/MB/direzione

Egr. Sig. / Gent. Sig.ra

AGLI ISCRITTI IN
SERVIZIO E IN ESODO

Circolare n. 3/2015

Oggetto: interventi definiti dalle Fonti Istitutive con l'Accordo del 26 novembre 2015.

Gentile Iscritta/o,

con la presente desideriamo informarLa che le Fonti Istitutive il 26 novembre 2015 hanno sottoscritto un accordo che comporta modifiche allo Statuto del Fondo e ai Regolamenti delle prestazioni per gli iscritti in servizio e per gli iscritti in quiescenza.

Le modifiche, approvate dall'Assemblea dei Delegati riunita in sede Straordinaria il 17 dicembre 2015, troveranno applicazione dal 1° gennaio 2016.

Di seguito Le forniamo un riepilogo sintetico degli interventi approvati facendo ampio rimando ai testi allegati alla presente circolare per il dettaglio degli stessi.

Relativamente allo Statuto, l'accordo sopra richiamato ha introdotto le seguenti modifiche:

- viene stabilita in un massimo di quattro annualità la contribuzione pregressa da corrispondere per le cosiddette "iscrizioni tardive" di familiari per l'intero periodo intercorrente tra la maturazione dei requisiti e la data della richiesta;
- viene prevista la facoltà di nuova estensione delle prestazioni al familiare beneficiario che abbia perso i requisiti per la copertura del Fondo a motivo di variazioni dello stato civile o della convivenza e che si trovi nuovamente nelle condizioni previste dallo Statuto per essere reso beneficiario da parte di un iscritto. Detta estensione dei benefici potrà avvenire senza fruizione delle prestazioni per un anno dalla richiesta e con corresponsione della contribuzione dalla data della nuova maturazione dei requisiti. La contribuzione per il periodo intercorrente tra la nuova maturazione dei requisiti e la data della richiesta di estensione dei benefici è dovuta per un massimo di quattro annualità. Se l'estensione dei benefici riguarda un componente che rientra nel nucleo familiare di origine è dovuta la contribuzione per l'intero periodo di non copertura, per un massimo di quattro annualità, senza beneficio di prestazioni per un intero anno dalla data della richiesta;
- viene prevista la facoltà per i familiari beneficiari maggiorenni di richiedere l'esclusione dal Fondo. Detta esclusione interviene in via definitiva senza possibilità, pro futuro, di nuovo inserimento tra i beneficiari;
- viene rivista la quota contributiva relativa agli iscritti destinatari di pensione di reversibilità. Detta quota, attualmente calcolata sul 100% del trattamento pensionistico del de cuius, viene applicata sul 65% di detto trattamento, fatta salva una base imponibile minima di 20.000 euro annui.

Per quanto riguarda il Regolamento delle prestazioni per gli iscritti in servizio, le modifiche hanno riguardato:

- l'introduzione del rimborso, in via sperimentale per l'anno 2016, dei farmaci con caratteristiche di innovatività terapeutica inseriti nel prontuario terapeutico nazionale e autorizzati all'immissione in commercio dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) a condizione che:
 - non siano rimborsati dal Servizio Sanitario a livello nazionale e/o regionale;
 - siano relativi al trattamento delle patologie oncologiche, virali e degenerative di cui al seguente elenco tassativo:
 - Neoplasie con caratteristiche istologiche di malignità
 - Epatite C
 - HIV
 - Sla e Sclerosi Multipla
 - Fibrosi cistica
 - il relativo trattamento sia prescritto da Ente ospedaliero con indicazione della durata della terapia;
 - la richiesta di rimborso sia corredata dalla fattura e dalla prescrizione ospedaliera.
- Il rimborso di detti farmaci andrà a gravare sul massimale delle Prestazioni Ospedaliere e sarà riconosciuto a seguito della valutazione del Consulente Sanitario del Fondo circa il rispetto dei requisiti sopra indicati;
- l'incremento del massimale per gli occhiali a € 600 (attualmente ammonta a € 450), per i nuclei familiari con almeno cinque componenti, tali alla data del 1° gennaio dell'anno nel quale viene effettuata la prestazione. Sul piano operativo, al

fine di individuare il massimale annuo di riferimento, verrà considerato il numero dei componenti del nucleo rilevato il 1° gennaio di ciascun anno;

- l'incremento del massimale per le cure dentarie a € 2.000 (attualmente ammonta a € 1.500), per i nuclei familiari con almeno cinque componenti, tali alla data del 1° gennaio dell'anno nel quale viene effettuata la prestazione. Sul piano operativo, al fine di individuare il massimale annuo di riferimento, verrà considerato il numero dei componenti del nucleo rilevato il 1° gennaio di ciascun anno;
- l'attribuzione della facoltà, per un unico componente del nucleo familiare, di fruire del massimale di € 4.500 (dedotti gli eventuali rimborsi già richiesti nell'anno di sostenimento della spesa) accorpando il plafond di tre anni consecutivi a fronte di una spesa per cure dentarie pari o superiore a € 6.500, a condizione che la stessa sia originata da un unico piano di cure e sia corredata da un'unica fattura. Detta facoltà può essere esercitata nei termini sopra riportati e nei limiti del massimale di € 4.500, anche dai nuclei con cinque o più componenti con il contestuale esaurimento del plafond triennale. La facoltà sopra descritta può essere esercitata una-tantum durante l'intero periodo di iscrizione al Fondo. Rimane invariata la regolamentazione per la visita di controllo e l'ablazione del tartaro, prestazioni che non rientrano nel massimale sopra indicato.

E' stata inoltre esplicitata l'esclusione del riconoscimento dell'indennità di diaria per i ricoveri domiciliari e per quelli in pronto soccorso anche se effettuati in regime O.B.I. (Osservazione Breve Intensiva).

Le Fonti Istitutive hanno inoltre stabilito di riaprire i termini per l'iscrizione dei dipendenti attualmente in servizio che, nel periodo intercorrente dall'1.1.2011 (data di attivazione del Fondo) a fine 2015, non hanno effettuato o hanno revocato l'iscrizione senza aver usufruito delle prestazioni.

I termini e le modalità per l'iscrizione, che rimangono gli stessi previsti nell'analoga determinazione assunta dalle Fonti Istitutive con l'accordo del 16 gennaio 2014, vengono di seguito richiamati:

- esclusione dalle prestazioni per l'intero primo anno di iscrizione con corresponsione, a decorrere dal 1° gennaio 2016, in aggiunta alla normale quota contributiva, del contributo d'ingresso nella misura dell' 1% per il titolare, dello 0,10% (massimo 0,30%) per ciascun familiare fiscalmente a carico. Per ciascun familiare non fiscalmente a carico è dovuto il normale contributo dello 0,90%;
- copertura tramite polizza sanitaria nel biennio 2017 – 2018 con versamento del solo contributo d'ingresso (il premio polizza viene corrisposto dall'azienda) fatta eccezione per le quote dovute per l'eventuale copertura di familiari non fiscalmente a carico;
- fruizione delle prestazioni a Regolamento Fondo a partire dal 1° gennaio 2019.

Il Consiglio di Amministrazione del Fondo nella seduta del 15 dicembre 2015 ha recepito l'accordo delle Fonti Istitutive ed ha inoltre deliberato di inserire nell'elenco dei grandi interventi chirurgici i seguenti interventi:

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

La normativa statutaria aggiornata verrà resa disponibile a breve anche sul sito internet del Fondo

www.fondosanitariogruppintesasapaolo.it

Cordiali saluti.

Il Direttore
Mario Bernardinelli



All.ti:

- Modifiche allo Statuto
- Modifiche al Regolamento delle prestazioni per gli iscritti in servizio