

Regolamento delle Prestazioni per gli iscritti in servizio

1° gennaio 2026

Disposizioni Generali

Il "Fondo Sanitario" rimborsa direttamente o indirettamente, gli oneri economici sostenuti dagli iscritti, in Italia od all'estero, in dipendenza di eventi patologici qualificati come malattia o come infortunio.

Per malattia si intende ogni alterazione, congenita od acquisita, dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Per infortunio si intende ogni evento - comprovato da certificazione di Pronto Soccorso - dovuto a causa accidentale, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Il "Fondo Sanitario" rimborsa altresì gli oneri economici sostenuti dagli iscritti, in Italia od all'estero, connessi a spese mediche mirate alla prevenzione di malattie neoplastiche, del sangue, cardiache e del sistema neurologico centrale.

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 sé 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. Ove l'iscritto intenda invece richiedere in prima istanza il rimborso al "Fondo Sanitario", esso avverrà in via definitiva, in misura pari al 50% di quanto spettante in applicazione del presente Regolamento delle prestazioni.

Il "Fondo Sanitario" rimborsa integralmente gli oneri sostenuti per il pagamento delle quote di partecipazione alla spesa del Servizio Sanitario Nazionale (ticket), e gli equivalenti importi privatistici riferiti ad analisi ed accertamenti diagnostici. È escluso quanto non rimborsabile ai sensi dell'art. "Esclusioni" ed all'acquisto di farmaci, salvo quanto disposto dall'art. "Prestazioni Ospedaliere – Principi Generali".

Le prestazioni "intramoenia" sono equiparate a tutti gli effetti a prestazioni "private".

Prestazioni Ospedaliere – Principi generali

In caso di ricovero in istituti di cura quali ospedali, cliniche o istituti universitari regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, per infortunio o malattia (con o senza intervento chirurgico), o di intervento chirurgico ambulatoriale (ad esclusione di quelli direttamente connessi alle cure dentarie di cui all'art. "Mezzi ausiliari, correttivi e cure dentarie – Principi Generali", comma 1 alinea 4), il "Fondo Sanitario" rimborsa sino a concorrenza dei massimali indicati al successivo art. "Prestazioni Ospedaliere – Massimali", i seguenti oneri, purché non riconducibili ad eventuali altre coperture assicurative per eventi imprevisi ed invalidanti (Long Term Care):

- 1) spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria e/o per materiale d'intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici, le endoprotesi e le protesi dentarie se conseguenti ad infortunio od ai Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce al presente Regolamento delle Prestazioni;
- 2) spese per rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente), nonché spese per assistenza medica, infermieristica e

assistenziale (effettuate da soggetti regolarmente abilitati a tale tipo di attività), cure, medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami ed accertamenti diagnostici (ivi compresi gli onorari medici) sostenute durante il periodo di ricovero o degenza, sempreché siano rese indispensabili dall'evento considerato;

- 3) spese per assistenza medica, cure, medicazioni, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami, accertamenti diagnostici (ivi compresi gli onorari medici), protesi e noleggio/acquisto presidi sostenute nei 90 giorni (elevato a 120 gg. in caso di ricovero nell'ambito del SSN) precedenti il ricovero o l'intervento ambulatoriale e nei 90 giorni successivi al termine del ricovero od alla data dell'intervento ambulatoriale, sempreché siano rese indispensabili dall'evento considerato;
- 4) spese per rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente), nonché spese per assistenza medica, infermieristica e assistenziale sostenute durante il periodo di ricovero medico per ragioni essenzialmente assistenziali e di mantenimento (lungodegenza) e non per cura di malattia in fase acuta. È fissato un limite massimo di degenza di 40 giorni all'anno per assistito. Detti ricoveri sono riconosciuti a condizione che vengano effettuati presso ospedali, cliniche, reparti specialistici di case di cura e di RSA, hospice, ospedali di comunità.
- 5) Il "Fondo Sanitario", rimborsa i farmaci già inseriti nel prontuario terapeutico nazionale e autorizzati all'immissione in commercio (codice AIC) che, a giudizio della Commissione Tecnico-Scientifica dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), possiedono il requisito dell'innovatività terapeutica.

Detti farmaci sono rimborsabili dal "Fondo Sanitario" 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 trattamento deve essere prescritto da Ente ospedaliero con indicazione della durata della terapia. La richiesta di rimborso, che sarà riconosciuto a seguito della valutazione del Consulente sanitario del "Fondo Sanitario" circa il rispetto dei requisiti sopra indicati, dovrà essere corredata da fattura e dalla prescrizione di cui sopra e sarà riconosciuta nel massimale annuo delle Prestazioni Ospedaliere.

A fronte di prescrizione da parte di enti ospedalieri con indicazione della durata della terapia, il Fondo rimborsa i medicinali chemioterapici, farmaci antiretrovirali, nonché medicinali reperibili solo all'estero. Sono accolte le prescrizioni del medico di base purché sia allegata copia originaria della prescrizione dell'Ente ospedaliero.

La richiesta di rimborso, che sarà riconosciuto a seguito della valutazione del Consulente sanitario del "Fondo Sanitario" circa il rispetto dei requisiti sopra indicati, dovrà essere corredata da fattura e dalla prescrizione di cui sopra e sarà riconosciuta entro un massimale annuo di 600 euro.

Nel caso di trapianto di organo o di parte di esso sono rimborsati all'iscritto anche gli oneri sostenuti dal donatore per le prestazioni di cui sopra. Tali rimborsi vengono effettuati anche a favore dell'iscritto donatore.

In caso di ricovero in istituto di cura in day hospital non comportante intervento chirurgico e comunque non connesso a ciclo di cure od ai Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce al presente Regolamento delle Prestazioni, sono rimborsati esclusivamente gli oneri inerenti le spese effettivamente sostenute durante il periodo di degenza di cui ai punti 1) e 2) del comma che precede.

In caso di ricovero in istituto di cura connesso ad interventi di cui all'art. "Mezzi ausiliari, correttivi e cure dentarie – Principi Generali" alinea 4, sono rimborsati esclusivamente gli oneri relativi a rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente) e ai diritti di sala operatoria.

Sono equiparati ad intervento chirurgico i seguenti trattamenti:

- AGOBIOPSIE E BIODPSIE CHIRURGICHE (escluse in corso di accertamenti endoscopici);
- ANGIOPLASTICA;
- CORONAROGRAFIA;
- DRENAGGI DELLE VIE BILIARI;
- ENDOSCOPIE OPERATIVE;
- LAPAROSCOPIE DIAGNOSTICHE;
- LITOTRIPSIE AD ESCLUSIONE DI QUELLE OSTEO-ARTICOLARI;
- RADIOLOGIA INTERVENTISTICA;
- LASER CHIRURGICO, CRIOTERAPIE.

In caso di ricovero in istituto di cura per parto od aborto, nonché interruzione di gravidanza volontaria, ovvero in caso di parto domiciliare assistito, il "Fondo Sanitario" rimborsa sino a concorrenza dei massimali indicati al successivo art. "Prestazioni Ospedaliere – Massimali", i seguenti oneri:

- a) spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria e/o per materiale di intervento;
- b) spese per rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente), nonché spese per assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, cure, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici (ivi compresi gli onorari medici) sostenute durante il periodo di ricovero o degenza, sempreché siano rese indispensabili dall'evento considerato;
- c) spese per l'assistenza al neonato durante la degenza.

Sono rimborsati gli oneri connessi a trattamenti di Procreazione Medico Assistita (PMA) per un massimo di tre cicli nel corso dell'intero periodo di vita fertile dell'iscritta/beneficiaria e con esclusione delle diagnosi embrionali pre-impianto.

Prestazioni Ospedaliere – Massimali

Gli oneri sostenuti in relazione agli eventi di cui all'art. "Prestazioni Ospedaliere – Principi generali" sono rimborsati sino a concorrenza del massimale annuo di € 200.000 per evento.

Il massimale indicato al comma che precede è pari a € 400.000 annuo per evento esclusivamente per i Grandi Interventi Chirurgici ricompresi nell'elenco posto in calce al presente Regolamento delle Prestazioni.

Fermi restando i massimali previsti ai commi I e II, le spese relative agli eventi sottoindicati, sono rimborsati con i seguenti limiti:

- in caso di intervento ambulatoriale franchigia del 20% per evento;
- in caso di parto cesareo o aborto € 7.800 per evento;
- in caso di parto non cesareo € 3.500 per evento;
- in caso di PMA € 2.500 per ciclo di fecondazione con un massimo di tre cicli per l'intero periodo di iscrizione al Fondo Sanitario.

In caso di ricovero non connesso ad intervento chirurgico di durata inferiore a 5 giorni (4 notti), il rimborso avviene con applicazione di una franchigia minima di € 500.

Le franchigie di cui ai commi precedenti non si applicano in caso di ricoveri connessi a gravidanza, parto, dialisi, diabete e ai Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce al presente Regolamento delle Prestazioni.

Le spese per rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente, che non sono mai rimborsate) sono liquidate entro il limite giornaliero di € 300, con eccezione dei "Grandi Eventi Patologici" per cui sono liquidate entro il limite di € 350 al giorno (importi entrambi comprensivi dell'imposta sul valore aggiunto tempo per tempo applicata).

Prestazioni Ospedaliere – Ulteriori Previsioni

In caso di ricovero a termini dell'art. "Prestazioni Ospedaliere – Principi generali", fermi restando i massimali previsti dall'art. "Prestazioni Ospedaliere – Massimali", commi I, e II sono rimborsati all'iscritto anche gli oneri di seguito indicati:

- spese per vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'assistito, con il limite giornaliero di € 100 e con un massimo per evento di 30 giorni;
- spese per trasporto dell'assistito, se non a carico del SSN, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, a e da istituto di cura o ospedale e da un istituto di cura o ospedale ad un altro (sia in Italia che all'estero), con autoambulanza, eliambulanza e, unicamente in caso di Grandi Interventi Chirurgici, l'aereo, il treno e il traghetto (esclusa in ogni caso l'autovettura) con il limite massimo di € 1.500 per anno e per nucleo;
- spese per assistenza infermieristica domiciliare nei 90 giorni precedenti (120 giorni per interventi effettuati presso SSN) e 90 giorni successivi al ricovero o all'intervento ambulatoriale, fino alla concorrenza dell'importo di € 60 giornaliero e per un massimo per evento di 90 giorni, raddoppiati, anche oltre il limite dei giorni precedenti e successivi al ricovero od all'intervento ambulatoriale, in caso di Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce al presente Regolamento delle Prestazioni.

Prestazioni Ospedaliere – Indennità di Diaria

In caso di ricovero in istituto di cura, anche in day hospital, per eventi diversi da quelli previsti dai successivi artt. "Altre Prestazioni – Principi Generali e Massimali" ed "Esclusioni", che non comporti, per tale periodo, effettuazione di rimborsi da parte del "Fondo Sanitario" – fatta salva l'integrale erogazione degli oneri di cui all'art. "Prestazioni Ospedaliere – Ulteriori previsioni", delle spese per assistenza infermieristica ed assistenziale sostenute durante la degenza e delle spese di cui all'art. "Prestazioni Ospedaliere – Principi generali", comma I sub 3) – è corrisposta all'iscritto una indennità di € 90 per ogni giorno intero di durata del ricovero compreso il giorno di ingresso, con un massimo per ciascun beneficiario e per ciascun evento di 90 giorni, raddoppiati in caso di Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce al presente Regolamento delle Prestazioni.

In caso di ricovero, anche in day hospital, per eventi di cui al successivo art. "Altre Prestazioni – Principi Generali e Massimali", che non comporti, per tale periodo, effettuazione di rimborsi da parte del "Fondo Sanitario", è corrisposta all'iscritto una indennità di € 90 per ogni giorno intero di durata del ricovero, compreso il giorno di ingresso, sino a concorrenza dei massimali annui per nucleo familiare stabiliti nei citati articoli.

In caso di parto non cesareo l'indennità prevista dal comma I è erogata per l'importo minimo di € 500.

In caso di parto l'indennità prevista dal comma I compete al neonato solamente qualora la permanenza di quest'ultimo in istituto di cura sia dovuta a suo stato di malattia.

Prestazioni Specialistiche – Alta Diagnostica

Sono rimborsate le spese per le prestazioni specialistiche di c.d. Alta Diagnostica:

- ESAMI ANGIOGRAFICI VENOSI ED ARTERIOGRAFICI;
- DIAGNOSTICA ENDOSCOPICA;
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RMN);
- TAC;
- PET;
- RICERCHE GENETICHE PER MALFORMAZIONI FETALI (AMNIOCENTESI, PRELIEVO VILLI CORIALI, ecc.) quando eseguite in stato di gravidanza;
- ESAMI DI ONCOLOGIA MOLECOLARE;
- CHEMIOTERAPIA ANTINEOPLASTICA;
- IMMUNOTERAPIA ANTINEOPLASTICA;
- RADIOTERAPIA ANTINEOPLASTICA;
- DIALISI (EXTRACORPOREA O PERITONEALE);
- TERAPIA INTERFERONICA;
- INDAGINI DI GENETICA MOLECOLARE FINALIZZATE ALLA DIAGNOSI DELLE MALATTIE NEOPLASTICHE, A CONDIZIONE CHE LE STESSE SIANO PRESCRITTE DA ENTE OSPEDALIERO

I rimborsi di cui al presente articolo sono accordati fino a concorrenza di € 15.000 annui per nucleo familiare e di € 30.000 esclusivamente in caso di Grandi Eventi Patologici, con applicazione di una quota a carico dell'iscritto nella misura del 20% delle spese effettivamente sostenute e documentate.

Qualora le prestazioni sopra riportate vengano erogate da medici/strutture totalmente convenzionati, i relativi oneri verranno sostenuti direttamente dal "Fondo Sanitario" sino a

concorrenza dei previsti massimali e nel rispetto delle previsioni contenute nel presente Regolamento, con applicazione di una franchigia a carico dell'iscritto del 10%, con un importo minimo di € 20 per ciascuna prestazione fruita.

Le franchigie previste dai due commi precedenti non si applicano alle spese per dialisi e per i Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce al presente Regolamento delle Prestazioni.

Prestazioni Specialistiche – Principi Generali

In caso di fruizione di prestazioni specialistiche, ambulatoriali e domiciliari, sono rimborsati all'iscritto, fino a concorrenza del massimale indicato al successivo art. "Prestazioni Specialistiche - Massimali", i seguenti oneri:

- spese per onorari medici per visite e prestazioni specialistiche;
- spese per trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- spese per analisi ed esami diagnostici (ivi compresi gli onorari medici);
- spese per onorari medici, analisi ed esami diagnostici, necessari dal momento dell'accertamento della gravidanza sino al relativo ricovero e nei 90 giorni successivi al termine dello stesso;
- spese per cure dentarie e paradontopatie, rese necessarie da infortunio, effettuate ambulatorialmente.

Prestazioni Specialistiche – Massimali

Gli oneri sostenuti in relazione agli eventi di cui all'art. "Prestazioni Specialistiche – Principi Generali" sono rimborsati sino a concorrenza dei seguenti massimali annui per nucleo familiare

- € 3.000 per le prestazioni di competenza dell'anno 2011,
- € 3.500 per le prestazioni di competenza dell'anno 2012,
- € 4.000 dal 2013,

con applicazione di una quota a carico dell'iscritto nella misura del 30% delle spese effettivamente sostenute e documentate.

Qualora le prestazioni specialistiche rientranti nei massimali sopra indicati vengano erogate da medici/strutture totalmente convenzionati, i relativi oneri verranno sostenuti direttamente dal "Fondo Sanitario" sino a concorrenza dei citati massimali e nel rispetto delle previsioni contenute nel presente Regolamento, con applicazione di una franchigia a carico dell'iscritto pari al 10% con un minimo di € 20 per ciascuna prestazione fruita.

Fermo quanto previsto dai commi che precedono, le spese sostenute per i trattamenti fisioterapici e rieducativi sono rimborsabili, a valere sul massimale di cui al comma I, fino ad un massimo di € 1.000 annuo per nucleo familiare e solo a fronte di prescrizione medica.

I massimali che precedono sono raddoppiati nel caso di Grandi Eventi Patologici, senza applicazione di franchigie a carico dell'iscritto.

In caso di trattamenti fisioterapici e rieducativi resi necessari da interventi di artroprotesi il massimale di € 1.000 è raddoppiato per una sola volta e può essere fruito entro 12 mesi dall'evento.

Mezzi ausiliari, correttivi e cure dentarie – Principi Generali

In caso di necessità di protesi anatomiche ed apparecchi sanitari ausiliari e correttivi, ovvero in caso di necessità di cure dentarie non rese necessarie da infortunio, sono rimborsati all'iscritto, fino a concorrenza dei massimali indicati al successivo art. "Mezzi ausiliari, correttivi e cure dentarie – Massimali", i seguenti oneri:

- spese per protesi auditive;
- spese per mezzi correttivi oculistici (anche a contatto) ivi compresa la montatura, con esclusione delle spese per impiego di materiale prezioso;
- spese per interventi per la correzione della miopia, dell'astigmatismo, dell'astigmatismo miopico, della presbiopia e dell'ipermetropia;
- spese per visite, cure anche di natura preventiva, esami, estrazioni, protesi dentarie (ivi comprese quelle ortodontiche ed implantologiche) nonché per chirurgia orale direttamente connessa a cure dentarie non conseguenti ad infortunio;
- spese per noleggio, acquisto e riparazione di apparecchi ausiliari correttivi e terapeutici resi necessari da perdite o menomazioni anatomiche invalidanti nonché per acquisto e riparazione di protesi ortopediche e oculistiche da malattia, da malformazione congenita o da infortunio oltretutto per acquisto carrozzelle per disabili e apparecchi laringofoni, purché 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.

Mezzi ausiliari, correttivi e cure dentarie – Massimali

Sono rimborsati gli oneri sostenuti in relazione agli eventi di cui all'art. "Mezzi ausiliari, correttivi e cure dentarie – Principi Generali", sino a concorrenza dei seguenti limiti e massimali per nucleo familiare:

- 1) spese per protesi auditive: massimale annuo di € 2.000;
- 2) spese per mezzi correttivi oculistici

fino al 31 dicembre 2023:

- massimale annuo di € 450 con una quota pari al 30% a carico dell'iscritto, a fronte di prescrizione medica effettuata nel corso del quinquennio precedente;
- detto massimale è aumentato ad € 600 dal per i nuclei familiari composti da almeno cinque componenti, tali alla data del 1° gennaio dell'anno in cui è effettuata la/le spesa/e documentata/e.

a partire dal 1° gennaio 2024:

- massimale annuo di € 600 con una quota pari al 30% a carico dell'iscritto, a fronte di prescrizione medica effettuata nel corso del quinquennio precedente;
- detto massimale è aumentato ad € 800 per i nuclei familiari composti da almeno cinque componenti, tali alla data del 1° gennaio dell'anno in cui è effettuata la/le spesa/e documentata/e.

- 3) spese per interventi correttivi dei difetti visivi: massimale annuo di € 1.500, con franchigia del 20%;

4) spese per cure dentarie:

fino al 31 dicembre 2023:

- massimale annuo di € 1.650, con una quota pari al 30% a carico dell'iscritto, ridotta al 25% qualora le prestazioni vengano erogate da medici/strutture totalmente convenzionati;
- a fronte di una spesa di importo pari o superiore ad € 7.100 suddivisa in un massimo di 4 fatture riferite ad un piano di cure dentarie relative ad un unico iscritto/beneficiario, viene riconosciuta la facoltà di fruire, una tantum per l'intero periodo di iscrizione al Fondo Sanitario, oltre che del plafond relativo all'anno della prima fattura di acconto anche di quello relativo al biennio successivo, con un massimo di € 4.950 complessivi. Il rimborso della spesa avverrà a fronte della presentazione della fattura di saldo, corredata dalle eventuali fatture di acconto, a condizione che tra la prima fattura di acconto e quella di saldo non intercorrano più di 12 mesi;
- il massimale di cui al primo alinea è aumentato ad € 2.150 per i nuclei familiari composti da almeno cinque componenti, tali alla data del 1° gennaio dell'anno in cui è effettuata la/le spesa/e documentata/e;
- spese per ablazione del tartaro e visita di controllo nel limite di € 75 per persona una volta all'anno, non considerati ai fini dell'esaurimento dei massimali di cui agli alinea che precedono;

dal 1° gennaio 2024:

- massimale annuo di € 1.750, con una quota pari al 30% a carico dell'iscritto, ridotta al 25% qualora le prestazioni vengano erogate da medici/strutture totalmente convenzionati;
- a fronte di una spesa di importo pari o superiore ad € 7.500 suddivisa in un massimo di 4 fatture riferite ad un piano di cure dentarie relative ad un unico iscritto/beneficiario, viene riconosciuta la facoltà di fruire, una tantum per l'intero periodo di iscrizione al Fondo Sanitario, oltre che del plafond relativo all'anno della prima fattura di acconto anche di quello relativo al biennio successivo, con un massimo di € 5.250 complessivi. Il rimborso della spesa avverrà a fronte della presentazione della fattura di saldo, corredata dalle eventuali fatture di acconto, a condizione che tra la prima fattura di acconto e quella di saldo non intercorrano più di 12 mesi;
- il massimale di cui al primo alinea è aumentato ad € 2.250 per i nuclei familiari composti da almeno cinque componenti, tali alla data del 1° gennaio dell'anno in cui è effettuata la/le spesa/e documentata/e;
- spese per ablazione del tartaro e visita di controllo nel limite di € 75 per persona una volta all'anno, non considerati ai fini dell'esaurimento dei massimali di cui agli alinea che precedono;

5) spese per protesi e apparecchi ausiliari, di cui al quinto alinea dell'art. "Mezzi ausiliari, correttivi e cure dentarie – Principi Generali":

- con massimale annuo di € 3.000 per spese rese necessarie da perdite o menomazioni anatomiche invalidanti certificate da Ente Pubblico.

Sono altresì rimborsate, con massimale annuo complessivo di € 600 gli oneri sostenuti per:

- protesi e apparecchi ausiliari correttivi e/o terapeutici che non rientrino nella casistica di cui al primo comma del presente articolo;
- latte in polvere per l'alimentazione dei neonati, dietro prescrizione del medico di base o dello specialista, limitatamente alle spese sostenute entro i primi 6 mesi di vita ed entro il limite di € 300 per ogni neonato.

Altre Prestazioni – Principi Generali e Massimali

In caso di necessità di assistenza - anche comportante ricovero in istituto di cura - per intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti, sono rimborsati i relativi oneri sino a concorrenza del massimale annuo di € 1.500 per nucleo familiare.

A carico dell'iscritto rimane una quota pari al 30% della spesa sostenuta.

In caso di necessità di interventi psicoterapeutici o psicoanalitici, ovvero conseguenti a malattie di carattere psicosomatico, anche comportanti ricovero in istituto di cura, sono rimborsati i relativi oneri sino a concorrenza del massimale annuo di € 1.800, per nucleo familiare.

A carico dell'iscritto rimane una quota pari al 30% della spesa sostenuta, con un minimo di € 25 per ogni visita.

Esclusioni

Non sono rimborsate spese sostenute né sono corrisposte le indennità di cui all'art. "Prestazioni Ospedaliere – Indennità di Diaria" del presente Regolamento delle Prestazioni:

- cure o applicazioni o chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico, tranne che per i neonati (fino al compimento del terzo anno di età) e per le forme ricostruttive rese necessarie da infortunio o conseguenti ai Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce al presente Regolamento delle Prestazioni, anche oltre il termine di cui all'art. "Prestazioni Ospedaliere – Principi Generali", comma I, n. 3);
- agopuntura, ove non praticata da medico iscritto all'ordine professionale;
- cura delle conseguenze di infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico); di proprie azioni delittuose; dell'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore, in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove; della partecipazione, a titolo professionale e comunque non dilettantistico, a competizioni sportive, comprese le relative prove;
- cura di malattie mentali nei casi in cui si dia luogo a trattamento sanitario obbligatorio ai sensi degli artt. 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- cure termali ed idropiniche, ad esclusione del ticket;
- medicinali (ad eccezione di quanto previsto all'art. "Prestazioni Ospedaliere – Principi Generali");
- cure omeopatiche (ad eccezione delle visite specialistiche e degli accertamenti ambulatoriali effettuati da un medico iscritto all'ordine professionale), pranoterapeutiche, fitoterapeutiche e similari, visite di medicina sportiva, del lavoro, legale ed assicurativa;
- ricoveri presso stabilimenti termali, case di riposo e in cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi effettuati presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere, se prive di Direttore Sanitario che certifichi la prestazione;
- l'indennità di diaria nel caso di ricoveri domiciliari e/o ricoveri in pronto soccorso anche in regime di O.B.I. (Osservazione Breve Intensiva).

Liquidazione delle prestazioni

Le prestazioni sono liquidate dietro presentazione, in copia ed unitamente al modulo di richiesta, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate, accompagnate, in caso di ricovero, dalla cartella clinica. Nel caso in cui il ricovero avvenga presso una struttura del Servizio Sanitario Nazionale sarà sufficiente la lettera di dimissione contenente l'indicazione del periodo di ricovero effettivo e la motivazione del medesimo. In quest'ultima ipotesi resta salva la facoltà del "Fondo Sanitario" di richiedere la cartella clinica anche in un momento successivo.

La documentazione deve **essere conforme alle disposizioni fiscali vigenti e** essere intestata all'iscritto o ad un suo familiare beneficiario; il rimborso avviene in ogni caso a favore dell'iscritto, anche in caso di domanda di rimborso relativa ad un suo familiare beneficiario.

Documentazione

A fini di rimborso ogni prestazione deve essere prescritta o certificata da un medico e deve essere effettuata da medico o presso struttura clinica, fatta eccezione per le spese infermieristiche, assistenziali ed ostetriche, nonché per le psicoterapie effettuate da psicologi iscritti all'albo e le cure dentarie effettuate da odontoiatra.

Modalità e tempistiche di erogazione

Le prestazioni del "Fondo Sanitario" saranno liquidate, di massima, entro 45 giorni dalla data di ricezione della documentazione completa, necessaria ai fini dell'erogabilità della prestazione.

In caso di incompletezza documentale il termine è sospeso e riprende a decorrere solo a seguito della trasmissione da parte dell'assistito di tutta la documentazione richiesta dal "Fondo Sanitario".

La documentazione di cui all'art. "Liquidazione delle prestazioni", comma I, con data dell'anno di competenza deve essere presentata al rimborso inderogabilmente entro il termine ultimo del 31 marzo dell'anno successivo ed è liquidata con le seguenti modalità:

- i giustificativi di spesa con data dell'anno di competenza presentati entro il termine del 31 dicembre del medesimo anno sono liquidati a valere sul computo dei massimali dell'anno di competenza con applicazione della normativa in allora vigente;
- i giustificativi di spesa con data dell'anno di competenza presentati successivamente al predetto termine del 31 dicembre ed entro il 31 marzo dell'anno successivo sono liquidati per la quota di disponibilità residuale a concorrenza dei massimali dell'anno di competenza;
- i giustificativi di spesa con data dell'anno di competenza respinti in quanto irregolari sono ammessi alla liquidazione ad avvenuto perfezionamento se pervenuti entro il termine ultimo del 30 giugno dell'anno successivo e con le medesime modalità previste dagli alinea precedenti.

La documentazione prodotta oltre i termini fissati dal comma precedente non comporta rimborsi.

I termini ultimi di cui al precedente comma si considerano comunque rispettati se la spedizione della relativa documentazione avviene a mezzo raccomandata (effettuata tramite Poste Italiane od altro Corriere esterno autorizzato che effettui il servizio) entro i termini medesimi.

I rimborsi del "Fondo Sanitario" sono effettuati in Euro. Ove i rimborsi riguardino prestazioni sanitarie intervenute in Paesi con valuta diversa dall'Euro è applicato il cambio ufficiale alla data di liquidazione della prestazione.

Nei casi di ricoveri con intervento chirurgico presso struttura non convenzionata per il quale l'istituto di cura richieda il pagamento di un anticipo, il Fondo Sanitario, su domanda opportunamente documentata, corrisponde a tale titolo un massimo del 50% dell'onere complessivo rimborsabile legato all'intervento, con un importo minimo di € 5.000, salvo conguaglio a cura ultimata e ferme restando le franchigie ed i massimali previsti dal presente Regolamento.

RIMBORSI

Le spese sostenute a fronte delle prestazioni di cui al presente Regolamento delle Prestazioni sono liquidate al netto dell'eventuale quota a carico dell'iscritto (franchigie / scoperti).

Sono inoltre escluse dall'applicazione di qualsiasi franchigia le quote di partecipazione alla spesa del Servizio Sanitario Nazionale (ticket), ivi compresi gli equivalenti importi privatistici riferiti ad analisi ed accertamenti diagnostici, nonché quanto previsto da "Prestazioni Ospedaliere – Indennità di Diaria".

ELENCO GRANDI EVENTI PATOLOGICI

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CARDIOCHIRURGIA

Bypass aorto coronarico multipli compresa eventuale coronarografia completa con prelievo di vasi

Bypass aorto coronarico singolo compresa eventuale coronarografia completa con prelievo di vasi

Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta o neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.)

Commisurotomia per stenosi mitralica

Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per

Pericardiectomia parziale o totale

Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)

Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarici (C.E.C.)

Valvuloplastica cardiocirurgica

Reinterventi iper protesi valvolari o settali, bypass Ao-Co

Intervento per embolia dell'arteria polmonare

CHIRURGIA GENERALE

- **COLLO**

Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia

- **ESOFAGO**

Deconnessione azygos-portale per via addominale

Diverticoli dell'esofago toracico, intervento per

Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia

Esofago, resezione parziale dell' , con esofagostomia

Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia

Fistola esofago-tracheale, intervento per

Lesioni traumatiche o spontanee, corpi estranei, tumori benigni, biopsia e cauterizzazione non endoscopica

- **STOMACO, DUODENO, INTESTINO TENUE**

Dumping syndrome, interventi di riconversione per

Gastrectomia totale con linfadenectomia
Megacolon, intervento per

- COLON, RETTO
Colectomia totale con o senza linfadenectomia (compresa eventuale stomia)
Procto-colectomia totale con pouch ileale
Retto, amputazione per via addomino-perineale o addomino-sacrale, con eventuale linfadenectomia
Resezione retto-colica per via anteriore
- PERITONEO
Tumore retroperitoneale, exeresi di
- FEGATO E VIE BILIARI
Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
Coledoco-epatico-digiunoduodenostomia con o senza colecistectomia
Deconnessione azygos-portale per via addominale
Resezioni epatiche maggiori
Varici esofagee: intervento transtoracico o addominale
Vie biliari, reinterventi
Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- PANCREAS
Derivazioni pancreatico-Wirsung digestive
Duodeno cefalo pancreatectomia compresa eventuale linfadenectomia
Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per
Pancreatectomia parziale o totale (compresa eventuale linfadenectomia)

CHIRURGIA ORO-MAXILLO-FACCIALE

Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, monolaterale o bilaterale
Fratture dei mascellari terapia chirurgica e ricostruzione con materiali alloplasti o con protesi dei mascellari
Malformazioni dento-maxillo-facciali della mandibola e della mascella (progenismo, microgenia, prognatismo, micrognatia, laterodeviazioni mandibolari, etc.), compresa mentoplastica sulla mandibola (trattamento completo) Mandibola, resezione parziale per neoplasia della
Mascellare superiore per neoplasie, resezione del

CHIRURGIA PEDIATRICA

Atresia dell'ano
Atresie vie biliari, esplorazioni

Ernia diaframmatica di Bochdalek o di Morgagni
Esofago (trattamento completo), atresia o fistole congenite dell'
Megacolon, intervento per
Ureterocistoneostomia bilaterale o monolaterale
Interventi per fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale
Interventi per megauretere
Occlusione intestinale del neonato
Polmone cistico o policistico (lobectomy o pneumonectomy)
Spina bifida: mielomeningocele.
Idrocefalo ipersecretivo.
Correzione di deformità del torace (torace a imbuto, torace carenato)
Asportazione di tumori tipici del bambino
Asportazione tumore di Wilms

CHIRURGIA TORACO-POLMONARE

Bilobectomy, intervento di (compresa eventuale linfadenectomy e/o biopsia)
Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per
Fistole esofago-bronchiali, interventi di
Mastectomy radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate
Neoplasie maligne coste e/o sterno (compresa eventuale linfadenectomy e/o biopsia)
Neoplasie maligne della trachea (compresa plastica ed eventuale linfadenectomy e/o biopsia)
Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino (compresa eventuale linfadenectomy e/o biopsia)
Pleuropneumectomy (compresa eventuale linfadenectomy e/o biopsia)
Pneumectomy, intervento di (compresa eventuale linfadenectomy e/o biopsia)
Resezione bronchiale con reimpianto
Resezione segmentaria o lobectomy, (comprese eventuali linfadenectomie)
Resezioni segmentarie atipiche (comprese eventuali linfadenectomie)
Timectomy
Toracoplastica, primo e/o secondo tempo

CHIRURGIA VASCOLARE

Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto
Aneurismi arterie distali degli arti, resezione e/o trapianto
By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlavio
By-pass aorto-renale o aorto-mesenterico o celiaco ed eventuale TEA e plastica vasale
Elefantiasi degli arti
Embolectomia e/o trombectomia arteriosa o vene profonde o cava
Legatura e/o sutura di grossi vasi: aorta-cava-iliaca
Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento)

Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale.
Interventi di resezione arteriosa con plastica vasale per ferita

GINECOLOGIA

Eviscerazione pelvica

Fistole ureterovaginali, intervento per (qualsiasi tecnica)

Fistole vescicovaginali o rettovaginali, intervento per

Laparotomia per ferite e rotture dell'utero

Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per

Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di

NEUROCHIRURGIA

Adenoma ipofisario, intervento per via transfenoidale

Ascesso o ematoma intracranico, intervento per

Cranioplastica

Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali

Derivazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per

Epilessia focale, intervento per

Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari

Laminectomia per tumori intramidollari

Malformazione aneurismatica intracranica (aneurismi sacculari, aneurismi carotidei, altri aneurismi)

Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di

Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche

Stereotassi, intervento di

Tumore orbitale, asportazione per via endocranica

Tumori della base cranica, intervento per via transorale

Tumori orbitari, intervento per

Craniotomia per ematoma extradurale o lesioni traumatiche intracerebrali

Anastomosi dei vasi intra-extra cranici

Interventi per encefalomeningocele o mielomeningocele

Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili

Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni menin-
Gomidollari

Interventi sulla cerniera atlo-occipitale

Interventi per traumi cranio-cerebrali o vertebro-midollari

Interventi per tumori della base cranica per via trans orale

Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi

OCULISTICA

Iridocicloretrazione

Trabeculectomia

Trapianto corneale a tutto spessore

Vitrectomia anteriore o posteriore

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Artrodesi vertebrale per via anteriore e/o posteriore
Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore
Artrodesi: grandi articolazioni
Disarticolazione interscapolo toracica
Emipelvectomy
Emipelvectomy "interne" con salvataggio dell'arto
Tumori ossei e forme pseudo tumorali grandi segmenti o articolazioni, asportazione di

OTORINOLARINGOIATRIA

Petrositi suppurate, trattamento delle
Adduttori, intervento per paralisi degli
Antroatticotomy con labirintectomy
Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidica
Ascesso extradurale, apertura per via transmastoidica
Atresia auris congenita completa o incompleta
Ricostruzione della catena ossiculare
Fibroma rinofaringeo
Laryngectomy parziale
Laryngectomy parziale o totale con svuotamento laterocervicale monolaterale o bilaterale
Laryngofaryngectomy totale
Lymphadenectomy latero cervicale bilaterale o monolaterale (come unico intervento)
Lingua e pavimento orale intervento per tumori maligni con svuotamento della loggia sottomascellare
Lingua e pavimento orale intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale
Massiccia facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario
Mastoidectomy radicale
Neoplasie parafaringee
Nervo vestibolare, sezione del
Neurinoma dell'ottavo paio
Paralisi dinamica del nervo facciale, plastica per
Paralisi statica del nervo facciale, plastica per
Petrosectomy
Timpanoplastica con mastoidectomy
Tumori dell'orecchio medio, asportazione di
Tumori maligni del naso o dei seni, asportazione di

UROLOGIA

Cystectomy totale compresa lymphadenectomy e prostatovesiculectomy o uteroannessiectomy con ileo o colobladder
Cystectomy totale compresa lymphadenectomy e prostatovesiculectomy o uteroannessiectomy con neovesica rettale compresa
Emasculatio totale ed eventuale lymphadenectomy
Ectopia vescicale (trattamento completo)

Fistola vescico-intestinale con resezione intestinale e/o cistoplastica, intervento per
Fistola vescico-vaginale o vescico-rettale, intervento per
Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)
Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia,
intervento di
Nefroureterectomia radicale con trattamento trombo cavale (compresa surrenectomia)
Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale
Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomie, (qualsiasi accesso e tecnica)
Resezione uretrale e uretrorrafia anteriore peniena e/o posteriore membranosa
Resezione uretrale e uretrorrafia posteriore membranosa
Ureterocistoneostomia mono o bilaterale
Ureterocistoneostomia non continente
Vescica, plastiche di ampliamento (colon/ileo)
Vescicoplastica antireflusso mono o bilaterale
Nefro-ureterectomia totale
Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale
Surrenalectomia

TRAPIANTI D'ORGANO

Tutti

MALATTIE GRAVI E STATI PATOLOGICI

Si considerano "Malattie Gravi" le seguenti patologie:

- neoplasie maligne, inclusa la leucemia;
- infarto del miocardio*;
- ictus cerebrale*;
- pancreatite acuta;
- anemia aplastica;
- encefalite acuta;
- para e tetraplegia, compresa quella da infortunio;
- ricovero in reparto di Terapia Intensiva / Rianimazione*;
- sclerosi multipla;
- AIDS;
- distrofia muscolare;
- morbo di Parkinson;
- morbo di Alzheimer;
- SLA (sclerosi laterale amiotrofica);
- psicosi
- fibrosi cistica

* al termine della fase acuta la patologia è da ritenersi compresa nel presente elenco se ha prodotto esiti invalidanti superiori al 70% certificati dalla competente commissione ASL.