

FONDO DI SOLIDARIETA' INTEGRATIVO UNICO

REGOLAMENTO

In vigore dal 1° gennaio 2024

INDICE

A. NORME GENERALI

Art. 1. Beneficiari	pag.	2
Art. 2. Contribuzioni	pag.	2
Art. 3. Prestazioni e Tariffario	pag.	3
Art. 4. Modalità di associazione	pag.	4
Art. 5. Attestazione del diritto	pag.	4
Art. 6. Documenti	pag.	4
Art. 7. Criteri e modalità di rimborso	pag.	5
Art. 8. Prescrizioni mediche	pag.	6
Art. 9. Riservatezza	pag.	6
Art. 10. Modifiche	pag.	6

B. PRESTAZIONI

Art. 11. Visite specialistiche	pag.	7
Art. 12. Diagnostica strumentale e di laboratorio	pag.	7
Art. 13. Trasporto infermi	pag.	8
Art. 14. Medicinali	pag.	8
Art. 15. Terapie fisiche, riabilitative e desensibilizzanti	pag.	9
Art. 16. Cure odontostomatologiche e ortodontiche	pag.	9
Art. 17. Presidi e tutori ortopedici	pag.	10
Art. 18. Apparecchi acustici	pag.	11
Art. 19. Occhiali e lenti corneali	pag.	11
Art. 20. Latte artificiale	pag.	12
Art. 21. Caso straordinario	pag.	12

ALLEGATI

Tariffario generale delle prestazioni

Tariffario prestazioni odontoiatriche e relativi massimali

Il presente regolamento (di seguito: "Regolamento") disciplina le norme generali applicabili al fine dell'erogazione delle prestazioni previste dalle finalità dell'Associazione Fondo di Solidarietà Integrativo Unico (di seguito: "Fondo"), nonché le tipologie di prestazioni erogate in conformità allo Statuto che lo regge.

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

A. NORME GENERALI

Art. 1 - 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. Sono considerati componenti il nucleo familiare:
 1. il coniuge risultante iscritto al Fondo al 31.12.2023 sulla base dei requisiti pro-tempore vigenti, il quale rinnovi la propria richiesta di iscrizione e versi la quota di iscrizione di anno in anno determinata dall'Assemblea dei Rappresentanti dei Soci;
 2. i figli o equiparati (adottivi e affidati) conviventi (con il socio beneficiario o con il coniuge separato) fino al 18° anno di età, purché fiscalmente a carico;
 3. i figli o equiparati (adottivi e affidati) maggiorenni, senza limiti di età che si trovino, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi a un proficuo lavoro, con invalidità al 100% certificata secondo le norme di legge (ovvero inferiore su delibera del Consiglio Direttivo); lo stato di invalidità deve essere attestato su base annuale.
 4. i figli ed il coniuge superstite dei soci beneficiari già titolari delle prestazioni del Fondo, nei limiti di cui al punto 2. e 3. che precedono, alle seguenti condizioni. Per i figli: che essi rimangano a carico del coniuge superstite e che la principale fonte di reddito dello stesso sia la pensione di reversibilità; per il coniuge: che la principale fonte di reddito sia la pensione di reversibilità.

Art. 2 - 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. b) dello Statuto, è commisurato alla retribuzione del socio beneficiario predetto; alla data di entrata in vigore del presente Regolamento tale misura è fissata nell'1,5% della retribuzione.

Il contributo posto a carico di ogni socio beneficiario di cui all'art. 5 lett. b) 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 è fissata nell'1,5% della retribuzione. I contributi a carico delle Aziende e dei soci beneficiari di cui all'art. 5 lett. b) dello Statuto sono calcolati 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. b) 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. b) dello Statuto.

Soci beneficiari diversi dai dipendenti in servizio

Il contributo posto a carico dei Soci beneficiari diversi dai dipendenti in servizio, di cui all'art. 5 lett. a) e c) dello Statuto, 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, definito annualmente dal Consiglio Direttivo.

L'importo è strutturato sulla base della Tipologia del Piano Tariffario prescelto, come definito all'art. 3 che segue. Con decorrenza 1° gennaio 2024 tale importo viene fissato come segue:

- **TARIFFARIO A:** 2% del reddito di pensione o di quello ad esso assimilabile, arrotondato all'euro, con un minimo di Euro 500, come risultante dal CUD o altro documento fiscale dell'anno precedente a quello relativamente al quale si effettua l'iscrizione.
- **TARIFFARIO B:** Euro 350 fissi.

I Soci pensionati che, oltre alla pensione, avessero redditi da lavoro autonomo (es. partita IVA, collaborazioni) dovranno attestare che tali redditi non superino la percentuale del 10,00% del reddito complessivo annuo; in tale ipotesi, il Socio dovrà optare per il Tariffario A e versare il 2% del Reddito complessivo risultante dalla dichiarazione fiscale.

Il contributo potrà essere versato all'Associazione in due tranches: il 50% entro la fine di febbraio e il restante 50% entro il 30 aprile. Resta inteso che sino al completo pagamento della quota annuale non verranno erogati rimborsi.

Limitatamente al primo anno di iscrizione al Fondo, i Soci hanno diritto alle prestazioni del Fondo così come indicate nel presente Regolamento, fatta salva, nei primi 12 mesi d'iscrizione, una riduzione del 50% per quanto concerne le prestazioni relative a cure odontostomatologiche e ortodontiche e apparecchi acustici.

Art. 3. Prestazioni e Tariffario

La misura delle prestazioni viene definita dal Capo B. del presente Regolamento e dalle allegate Tabelle.

Alla data di stesura del presente Regolamento, le prestazioni sono erogate sulla base di due distinti Piani Tariffari: 1) TARIFFARIO A. e 2) TARIFFARIO B.

I suddetti Tariffari nascono con l'intento di armonizzare, in un unico Regolamento, le pre-esistenti diverse strutture di prestazioni, mantenendo da un lato un'offerta di prestazioni più ampia, cui corrisponde una contribuzione più elevata (TARIFFARIO A), ovvero più contenuta, cui corrisponde una contribuzione più bassa (TARIFFARIO B).

Si precisa che i Soci beneficiari dipendenti di aziende sostenitrici all'atto dell'iscrizione vengono associati al Tariffario A.

Art. 4. Modalità di associazione

Soci beneficiari dipendenti di aziende sostenitrici

I soci beneficiari, dipendenti di aziende sostenitrici, sottoscrivono, presso il proprio Ufficio del Personale, un modulo di adesione appositamente predisposto, allegando i documenti richiesti per sé o per i propri familiari di cui si richiede l'iscrizione. Tale Modulo è inviato, a cura del Referente dell'Azienda sostenitrice, alla Segreteria Amministrativa del Fondo (di seguito: "Segreteria"), la quale comunicherà direttamente al dipendente le credenziali per accedere al Sito Internet della Segreteria.

Soci beneficiari diversi dai dipendenti in servizio

I soci beneficiari diversi dai dipendenti in servizio di cui all'art. 5. lettera a) e c), per poter beneficiare delle prestazioni per sé e per i familiari componenti il proprio nucleo familiare, dovranno sottoscrivere un modulo di adesione appositamente predisposto, allegando i documenti richiesti per sé o per i propri familiari di cui si richiede l'iscrizione. Il modulo dovrà essere ricompilato ad ogni variazione della situazione personale del socio.

Tale modulo dovrà essere fatto pervenire alla Segreteria del Fondo, all'indirizzo indicato sul Modulo stesso.

Ai soci beneficiari già iscritti, la Segreteria del Fondo invia, tramite indirizzo email (se comunicato) ovvero tramite comunicazione cartacea (in caso di assenza), entro il termine dell'anno in corso, comunicazione contenente le indicazioni utili al rinnovo dell'iscrizione per l'anno successivo.

Il Comitato Direttivo esamina le richieste formulate da parte degli interessati, di cui all'Art. 5 lett. c) 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.

All'atto della sottoscrizione, il Socio dovrà indicare la propria scelta di Tariffario (A o B), che potrà essere modificata, salvo esplicite deroghe del Consiglio direttivo, solo due volte nell'arco della propria iscrizione al Fondo e comunque non prima di 24 mesi dalla data della prima iscrizione, intendendosi con questa, per i Soci già iscritti, la data di originaria iscrizione al Fondo, ovvero di Tariffario A (se già Soci del c.d. "settore commerciale") o Tariffario B (se già Soci del c.d. "settore industriale").

Art. 5 - 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 articolo. Il socio è tenuto a fornire al Fondo, su richiesta di questo, documentazione idonea a comprovare il diritto dei beneficiari da lui indicati.

Art. 6 - 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, ricevuta fiscale).

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).

Le spese sostenute all'estero non possono essere oggetto di richiesta di prestazione, a meno di specifica approvazione preventiva della spesa da parte del Consiglio Direttivo.

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

Art. 7 - Criteri e modalità di rimborso

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

La richiesta di rimborso deve essere inoltrata alternativamente attraverso due modalità:

- preferibilmente, tramite il sito Internet messo a disposizione dalla Segreteria Amministrativa, come da istruzioni pubblicate sul Portale del sito internet dell'Associazione www.fsifondi.it
- qualora il Socio non avesse la possibilità di accedere al Portale, la richiesta di rimborso potrà essere inviata in formato cartaceo per posta, tramite l'apposito modulo messo a disposizione sul sito Internet www.fsifondi.it, nella sezione "modulistica" debitamente firmato e compilato in ogni sua parte e corredato da tutta la documentazione prevista dal Regolamento.

La richiesta di rimborso 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 considera la data di ogni singolo documento.

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

Le richieste di rimborso incomplete, in quanto non contenenti la documentazione richiesta dal Regolamento, verranno "sospese" dalla Segreteria amministrativa, la quale provvederà ad inviare comunicazione al Socio tramite email, segnalando la necessità di integrare la pratica. In caso di mancato riscontro ed integrazione, la Segreteria effettuerà un secondo richiamo, al termine del quale, trascorsi 30 giorni dalla data di tale secondo richiamo, la pratica verrà annullata. I Soci sprovvisti di indirizzo mail e che non utilizzano il Portale dovranno provvedere autonomamente a verificare con la Segreteria lo stato della pratica, trascorsi i tempi utili per l'elaborazione. In tal caso, il periodo di sospensione della pratica al termine del quale la stessa verrà respinta decorrerà dalla data di presa d'atto, da parte del Socio, dello stato di "sospensione".

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 e/o l'imposta di bollo, eventualmente compresa nei documenti presentati per la richiesta di rimborso, è considerata quale base di calcolo per gli interventi del Fondo.

Il previsto contributo del SSN 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 è pertanto tenuto a comunicare al Fondo l'entità del rimborso, presentando adeguata documentazione.

Qualunque importo indebitamente o erroneamente ricevuto dovrà essere restituito. 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.

Il Socio dovrà verificare ed aggiornare, se necessario, la propria anagrafica, inclusiva del codice IBAN richiesto per i rimborsi, sul Portale messo a disposizione della Segreteria Amministrativa.

Art. 8 - Prescrizioni mediche

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 - Modifiche

Fermo restando quanto disposto dall'art. 24 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) 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.

L'Associazione non potrà in ogni caso dar corso a rimborsi in assenza di copertura patrimoniale.

B. PRESTAZIONI

Art. 11 - Visite Specialistiche

Beneficiari: TARIFFARIO A. e B. (quest'ultimo con il limite di seguito indicato)

Il Fondo rimborsa la spesa sostenuta per visite specialistiche, siano esse eseguite in regime di convenzionamento SSN o privatamente.

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 medici specialistici o chirurghi oncologi;
- le prestazioni fornite da medici specialisti per la terapia del dolore e le infiltrazioni endoarticolari eseguite, sempre per finalità analgesiche, da specialisti ortopedici e reumatologi;
- le prestazioni fornite da medici specialisti agopuntori, per la terapia del dolore;
- le visite specialistiche di dietologi nutrizionisti, limitatamente a casi di grave obesità, di scompensi cardiocircolatori e/o respiratori, di gravi dismetabolismi (accertata da referto sottoscritto da medico);
- le prestazioni di piccola chirurgia ambulatoriale, eseguite da medici specialisti, collegate ad alcune branche specialistiche, come la dermatologia o come la chirurgia.

Beneficiari: TARIFFARIO A.

Il Fondo rimborsa le sedute di psicoterapia e psicoanalitiche a condizione che le cure vengano effettuate da medici psichiatri o neurologi oppure da psicologi iscritti all'Albo degli psicoterapeuti.

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. Si precisa che il conseguimento della specialità medica deve risultare dal Portale della Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (<https://portale.fnomceo.it/>).

Nel caso in cui la documentazione fiscale rilasciata dall'Ente/medico che ha effettuato la visita medica non contenga il riferimento della tipologia e specialità medica, il beneficiario dovrà allegare referto medico da cui risulti tale indicazione.

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

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

Art. 12 - Diagnostica strumentale e di laboratorio

Beneficiari: TARIFFARIO A. e B. (quest'ultimo con il limite di seguito indicato)

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

Documentazione da presentare alla Segreteria del Fondo:

- la prescrizione del medico di base S S N e/o dello specialista (ovvero copia dell'impegnativa), attestante la diagnosi e/o il quesito medico; in alternativa potrà essere allegato copia del referto medico; la prescrizione può essere omessa qualora sulla fattura risulti inequivocabilmente la dicitura "ticket";
- la fattura o la ricevuta della prestazione con l'elenco degli esami effettuati.

Non è previsto il rimborso per gli esami di laboratorio (sangue e urine) per il TARIFFARIO B.

Art.13 - Trasporto Infermi

Beneficiari: TARIFFARIO A. e B.

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 alla malattia (consultori, ricoveri, terapie, ecc.);

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;

Art.14 - Medicinali

Beneficiari: TARIFFARIO A

Il Fondo rimborsa la spesa relativa a:

- farmaci non erogabili in regime di convenzione con il SSN, ma prescritti da Enti Ospedalieri o medici specialisti;
- farmaci reperibili solo all'estero, con certificazione a cura dello specialista;
- vaccini desensibilizzanti prescritti da specialisti allergologi e 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.

Si precisa che ai fini dell'accertamento dei requisiti di cui infra, la Segreteria farà riferimento a quanto riportato sul Prontuario Farmaceutico Nazionale come risulta all'indirizzo <https://www.federfarma.it/Farmaci-e-farmacie/Cerca-un-farmaco.aspx>

Sono esclusi da qualsiasi forma d'intervento i prodotti della medicina omeopatica ed i prodotti ed i farmaci da banco (ovvero i prodotti acquistabili senza prescrizione medica).

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;

Il valore della prestazione (fattura, scontrino, parcella) non deve essere inferiore a Euro 10.

Art. 15 - Terapie fisiche, riabilitative

Beneficiari: TARIFFARIO A. e B.

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

- a) Trattamenti fisioterapici
- b) Corsi di ginnastica rieducativa per la cura dei distorsioni del rachide dei giovani fino a 18 anni (cifosi, scoliosi, ecc.)

Le suddette prestazioni devono essere erogate da personale sanitario medico o paramedico munito di specifico diploma di Laurea, la cui qualifica è dimostrata da specifica dichiarazione. Tale dichiarazione non è richiesta qualora l'ente emittente la fattura sia un ente sanitario riconosciuto.

Non sono rimborsabili trattamenti termali e/o massoterapia effettuata da personale generico o munito di corsi di abilitazione non equipollenti agli specifici diplomi di Laurea.

Il rimborso delle prestazioni è erogato nella percentuale prevista in Tabella.

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

Documentazione da presentare alla Segreteria del Fondo:

- la prescrizione medica specialistica con la diagnosi, il numero e tipologia delle terapie prescritte, o, in alternativa, la durata della terapia espressa in mesi, con un massimo di tre per ciascun anno;
- la fattura della spesa sostenuta;

Art. 16 - Cure odontostomatologiche e ortodontiche

Beneficiari: TARIFFARIO A. e B. (con i limiti precisati nelle tabelle allegate)

Odontostomatologia.

Il Fondo rimborsa le prestazioni di chirurgia orale, di terapia conservativa e protesica (fissa e mobile), inserite nel Tariffario delle Prestazioni odontoiatriche, con le percentuali e i massimali previsti rispettivamente per ciascuna tipologia di Tariffario (A o B).

In nessun caso sono rimborsate spese non specificatamente elencate nel Tariffario Odontoiatrico (es. corone provvisorie).

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

Ortodonzia

Il Fondo rimborsa le prestazioni per le terapie ortodontiche, inserite nel Tariffario delle Prestazioni odontoiatriche effettuate fino al compimento del 20° anno di età, con le percentuali e i massimali previsti rispettivamente per ciascuna tipologia di Tariffario (A o B).

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), con la medesima percentuale prevista in tabella.

Il rimborso delle spese per tutte le cure odontoiatriche (odontostomatologiche e ortodontiche) è soggetto ad un massimale annuo per nucleo familiare.

Si precisa che per gli apparecchi ortodontici, qualora nel corso dello stesso anno solare la terapia sia effettuata con passaggio da apparecchio fisso a mobile o viceversa, per ogni arcata verrà erogato un massimale di rimborso non superiore a quello previsto per l'apparecchio fisso.

Documentazione da presentare alla Segreteria del Fondo:

- la scheda cure dentarie debitamente compilata in ogni sua parte dal medico dentista o odontoiatra;
- la fattura o ricevuta della spesa sostenuta;

Art. 17 - Presidi e tutori ortopedici, strumenti protesici e di contenimento

Beneficiari: TARIFFARIO A. e B.

Il Fondo rimborsa le spese per l'acquisto, su prescrizione del medico specialista, di presidi 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);

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

Documentazione da presentare alla Segreteria del Fondo:

- la prescrizione medica dello specialista
- la fattura di acquisto (negozi di ortopedia FIOTO).

Art. 18 - Apparecchi acustici

Beneficiari: TARIFFARIO A. e B.

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.

Il beneficiario ha l'obbligo di allegare documentazione del rimborso ottenuto dall'SSN.

Documentazione da presentare alla Segreteria del Fondo:

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

Art. 19 - Occhiali e lenti corneali

Beneficiari: TARIFFARIO A. e B. (quest'ultimo con il limite di seguito indicato)

Il Fondo rimborsa la spesa relativa all'acquisto di lenti correttive per vizi visivi, con le percentuali e i massimali previsti rispettivamente previsti dal Tariffario.

Possono essere rimborsati, anche contemporaneamente, sia occhiali che Lenti a Contatto (LAC).

Occhiali

È previsto il rimborso per tutti i vizi puri o complessi superiori o uguali a 0.50 diottrie, nella misura

indicata nel Tariffario generale.

TARIFFARIO A.

È previsto il rimborso della montatura nella misura indicata nel Tariffario generale.

Non sono previsti rimborsi per occhiali prestampati.

Salvo variazioni documentate del visus, la frequenza del rimborso è una volta ogni due anni.

Lenti a contatto (LAC)

Per le lenti corneali il rimborso è previsto a partire da 1 diottria con le percentuali e i massimali previsti dal Tariffario.

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, oltre che il tipo di lenti fornite con relativa gradazione oppure il costo ed il tipo di LAC acquistate

Art. 20 - Latte artificiale

Beneficiari: TARIFFARIO A.

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

Art. 21 – Caso Straordinario

Beneficiari: TARIFFARIO A. e TARIFFARIO B.

Il Socio beneficiario che necessitasse di particolari cure o interventi non previsti dal Regolamento negli articoli che precedono, potrà richiedere al Consiglio direttivo di valutare il riconoscimento di un contributo straordinario alla spesa, previo invio di approfondita documentazione medica.

Non potranno in ogni caso essere riconosciuti contributi per spese effettuate al di fuori della Comunità europea e il Consiglio direttivo dovrà valutare preventivamente l'esistenza di una adeguata copertura patrimoniale ai fini dell'autorizzazione della spesa.