

FONDO DI SOLIDARIETA' INTEGRATIVO SETTORE INDUSTRIALE

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 nello 0,65% 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 nello 0,60% 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 anticipato per ciascun anno di associazione, definito con il presente Regolamento nelle misure e con le articolazioni successivamente indicate.

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 l'anno 2019 la quota associativa annua è fissata in 220,00 euro, per l'anno 2020 in 270,00 euro e per gli anni successivi in 320,00 euro.
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 pari 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 quota associativa annua è fissata in 270,00 euro per gli anni 2019 e 2020 e in 320,00 euro per gli anni successivi.
4. Pensionati già dipendenti di società terze (ex. Art. 5 lett. h) dello Statuto. L'iscrizione al Fondo è consentita dal 2020. La quota associativa annua è fissata in 320,00 euro. 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 protesi dentarie e impianti, cure 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 comma) 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 deve effettuare 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 e di prestazioni	Pag.	4
Art. 2. Beneficiari	Pag.	4
Art. 3 Attestazione del diritto	Pag.	5
Art. 4. Versamento della quota associativa	Pag.	5
Art. 5. Documenti	Pag.	5
Art. 6. Criteri di rimborso	Pag.	6
Art. 7. Modalità di rimborso	Pag.	6
Art. 8. Autorizzazioni e prescrizioni mediche	Pag.	7
Art. 9. Riservatezza	Pag.	7
Art. 10. Interventi straordinari	Pag.	7
Art. 11. Modifiche	Pag.	7

PRESTAZIONI

Art. 12. Malattia e infortunio	Pag.	8
Art. 13. Visite consultive specialistiche	Pag.	8
Art. 14. Esami	Pag.	9
Art. 15. Spese ospedaliere	Pag.	9
Art. 16. Trasporto in ambulanza	Pag.	10
Art. 17. Medicinali	Pag.	10
Art. 18. Terapie	Pag.	10
Art. 19. Assistenza infermieristica	Pag.	12
Art. 20. Protesi dentarie e impianti	Pag.	13
Art. 21. Cure ortodontiche	Pag.	14

Art. 22. Cura per sordità rinogena	Pag.	14
Art. 23. Ortopedia	Pag.	15
Art. 24. Apparecchi acustici	Pag.	16
Art. 25. Lenti correttive	Pag.	16
Art. 26. Spese viaggio e soggiorno	Pag.	17

ALLEGATI

Tabella delle prestazioni	19
Tariffario lenti correttive	20

NORME GENERALI

Art. 1. Regolamento di gestione e delle prestazioni

Il presente Regolamento disciplina le prestazioni dell'Associazione Fondo di Solidarietà Integrativo Settore Industriale (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.

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 maggiorenni conviventi e studenti 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.

Mantengono il diritto alle prestazioni del Fondo i componenti del nucleo familiare del socio beneficiario deceduto, alle seguenti condizioni: il coniuge, il quale abbia come principale fonte di reddito la pensione ai superstiti e che subentri nel versamento della quota associativa, se dovuta; gli altri eventuali componenti il nucleo familiare, a condizione che essi rimangano a carico del coniuge superstite, o che, in sua assenza, abbiano come principale fonte di reddito la pensione ai superstiti.

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").

La Segreteria del Fondo potrà richiedere l'esibizione dei documenti in originale. La mancata esibizione comporterà la sospensione del rimborso e una segnalazione al Comitato Direttivo.

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

1. data di emissione;
2. 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;
3. relativamente al destinatario: nome e cognome, residenza, codice fiscale;
4. natura, qualità e quantità dei beni e dei servizi formanti l'oggetto della prestazione;
5. corrispettivi ed altri dati necessari per la determinazione della base imponibile;
6. 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'esplicito 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 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.

Non sono rimborsate le quote risultanti a carico dei soci a parziale concorso del SSN, secondo quanto disposto dalla L. n° 484 del 1978 e successive modifiche per la “partecipazione degli assistiti alla spesa per l’assistenza sanitaria” (ticket).

In nessun caso l’IVA, eventualmente compresa nei documenti presentati per la richiesta di rimborso, viene 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 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.

I rimborsi, erogati in euro, sono arrotondati per difetto/eccesso ai centesimi

Art. 8. Autorizzazioni e prescrizioni mediche.

Qualora sia richiesta un'autorizzazione da parte del consulente sanitario del Fondo o del comprensorio di appartenenza del socio, 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, elencati nella Tabella allegata, fino ad un massimo di +/- 15 % delle suddette percentuali di rimborso, massimali di spesa o tariffari per ogni singola prestazione.

In alternativa o contemporaneamente alla modifiche apportate con le modalità prima indicate, il Comitato Direttivo ha facoltà di variare, non più di una volta all'anno, le periodicità previste in Tabella, con incrementi fino al doppio o riduzioni fino alla metà.

Le modifiche introdotte nei rimborsi, in base ai commi precedenti, non possono, nell'arco dell'anno, portare ad un progressivo incremento della spesa annua complessiva superiore al 50 % della riserva definita esistente al 31 dicembre dell'anno precedente.

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.

Nei casi di episodi morbosi significativi l'intervento del Fondo potrà integrare 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 al consulente sanitario 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 del consulente sanitario.

Gli interventi del Fondo dovranno 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 consultive specialistiche.

Beneficiari:

- soci beneficiari;
- tutti i familiari aventi diritto.

Il Fondo rimborsa la spesa sostenuta per visite specialistiche nella misura prevista in tabella.

Non è previsto il rimborso delle visite eseguite in regime di convenzionamento ASL (ticket).

Non è previsto il rimborso delle visite omeopatiche.

Non è previsto il rimborso delle visite a carattere esclusivamente pediatrico.

Sono assimilate alle visite specialistiche :

- le prestazioni fornite da medici agopuntori per la terapia del dolore;
- le infiltrazioni endoarticolari eseguite, sempre per finalità antalgiche, da specialisti ortopedici e reumatologi;

- le visite dietologiche effettuate da medici specialisti in scienza dell'alimentazione 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.

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 diagnosi clinica iniziale.***

Art. 14. Esami.

Beneficiari:

- soci beneficiari;
- coniuge e figli.

Il Fondo rimborsa nella misura prevista in tabella 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.

Non è previsto il rimborso degli esami di laboratorio (sangue- urine)

Non è previsto il rimborso degli esami strumentali eseguiti in regime di convenzionamento ASL (ticket)

Documentazione da presentare alla Segreteria del Fondo:

- ***fattura quietanzata della prestazione;***
- ***la prescrizione del medico di base ASL e/o dello specialista o di altra struttura pubblica.***

Art. 15. Spese ospedaliere.

Beneficiari:

- soci beneficiari;
- coniuge e figli.

Il Fondo interviene nell'ambito della gestione straordinaria quando non si riesce a trovare nell'Ente Pubblico un'assistenza qualificata e tempestiva per la diagnosi e/o la cura in caso di patologie rilevanti dal punto di vista prognostico.

Per poter usufruire di tale intervento, l'interessato o i familiari dovranno far pervenire preventivamente, la documentazione clinica necessaria al consulente sanitario del Fondo, che presenterà il suo parere al Comitato Direttivo, a cui compete la decisione.

In caso di mancata presentazione preventiva della documentazione per ricovero d'urgenza, il Comitato Direttivo ha libera facoltà di valutare il caso.

Art. 16. Trasporto in ambulanza.

Beneficiari:

- soci beneficiari;
- tutti i familiari aventi diritto.

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

1. trasporto urgente per malattia o infortunio;
2. 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.);

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. 17. Medicinali.

Beneficiari:

- soci beneficiari;
- coniuge e figli

Il Fondo interviene nell'ambito della gestione straordinaria, a discrezione del Comitato Direttivo, nella misura prevista in Tabella, per la spesa sostenuta per l'acquisto di farmaci non ancora contemplati dal Prontuario Farmaceutico, destinati alla cura di patologie rilevanti dal punto di vista prognostico e per i quali venga accertata l'effettiva validità terapeutica e l'inesistenza di congrue alternative nell'ambito del Prontuario.

Il Fondo rimborsa, con la misura prevista in Tabella, la spesa sostenuta per l'acquisto del vaccino desensibilizzante prescritto dallo specialista allergologo nelle aree in cui l'ASL non prevede a tale proposito forme d'intervento.

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

Documentazione da presentare alla Segreteria del Fondo:

- *scontrino fiscale o fattura della farmacia e talloncino del prezzo del medicinale;*
- *prescrizione medica e documentazione attestante la patologia.*

Art. 18. Terapie.

Beneficiari:

- soci beneficiari;
- coniuge e figli

TERAPIE FISICHE E RIABILITATIVE

Il Fondo rimborsa nella misura prevista in tabella 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 interviene anche per i corsi di ginnastica rieducativa, prescritti da medici specialisti ortopedici o fisiatristi 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 ortopedici o fisiatristi 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 Fondo rimborsa la spesa sostenuta per la fisioterapia domiciliare limitatamente ai seguenti casi:

1. traumatizzati gravi;
2. esiti di ictus;
3. malattie primitive dell'apparato muscolare.

Non è previsto il rimborso di sedute di terapia fisica e riabilitativa eseguita in regime di convenzionamento ASL (ticket)

CURE ORTOTTICHE

Il Fondo rimborsa le cure ortottiche prescritte da medico specialista non attuabili nell'ambito delle strutture dell'ASL.

CHEMIOTERAPIA

Il Fondo rimborsa, con la misura prevista in Tabella, le spese sostenute per le sedute ambulatoriali o domiciliari di chemioterapia parenterale o endoscopica antiblastica eseguita da clinici o chirurghi oncologi non attuabili nell'ambito della struttura pubblica.

LOGOPEDIA

Il Fondo rimborsa, con la misura prevista in Tabella, le spese sostenute per le cure logopediche, prescritte dal medico specialista otorinolaringoiatra o foniatra e praticata da personale abilitato, nei casi in cui i beneficiari non trovino adeguata assistenza nell'ambito della struttura pubblica.

Per quanto riguarda la possibilità di fruire dell'intervento per più cicli nell'arco dei 12 mesi, il Fondo può valutare, nell'ambito della gestione straordinaria, i casi più rilevanti dal punto di vista clinico.

ALTRE TERAPIE

Altre forme di terapia riguardanti la cura di patologie rilevanti dal punto di vista prognostico e che possano anche comportare l'allontanamento del paziente dal territorio dell'ASL di competenza, potranno essere valutate esclusivamente nell'ambito della gestione straordinaria, previa segnalazione da parte del consulente sanitario del Fondo.

Documentazione da presentare alla Segreteria del Fondo:

- *fattura o parcella di chi fornisce la prestazione;*
- *la prescrizione medica specialistica con la diagnosi e il numero delle terapie prescritte.*

Art. 19. Assistenza infermieristica.

Beneficiari:

- soci beneficiari;
- coniuge e figli

Il Fondo rimborsa nella misura prevista in tabella 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 da parte di personale paramedico.

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

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

- | | |
|---|--------|
| a) neoplasie in fase terminale | 2 mesi |
| b) postumi di ictus cerebri | 3 mesi |
| c) fasi di riacutizzazione di scompenso cardio circolatorio | 1 mese |
| d) fasi di riacutizzazione di gravi patologie neuropsichiatriche | 3 mesi |
| e) Episodi acuti particolarmente gravi (ad es. : Politraumatismi, impegnativi decorsi post-chirurgici) | 1 mese |
| f) | |

In casi di particolare gravità, può essere riconosciuto, da parte del Comitato Direttivo, 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 del periodo di assistenza prestato; nei casi di spesa non documentabile l'infermiere/a che ha prestato l'assistenza deve presentare autocertificazione.*

Art. 20. Protesi dentarie e impianti osteointegrati

Beneficiari:

- soci beneficiari;
- coniuge e figli

Il Fondo rimborsa, con la misura prevista in Tabella, le spese sostenute per protesi dentarie mobili. Per le protesi fisse, il massimale per ogni corona o elemento è determinato in Tabella.

Per gli impianti osteointegrati il massimale per ogni impianto è determinato in Tabella.

I beneficiari hanno eventualmente diritto alla stessa prestazione (stesso elemento) con la periodicità prevista in Tabella.

Documentazione da presentare alla Segreteria del Fondo:

protesi fisse :

occorre allegare alla richiesta di rimborso :

- gli accertamenti PRE-TRATTAMENTO (OPT RX ENDORALE oppure FOTO intraorale pre – protesizzazione)
- gli accertamenti POST –TERAPIA (OPT RX ENDORALE oppure FOTO intraorale post – protesizzazione)
- la parcella del medico dentista
- l'indicazione del medico dentista circa la posizione degli elementi (da 11 a 48)

Impianti osteointegrati :

occorre allegare alla richiesta di rimborso :

- gli accertamenti PRE-TRATTAMENTO (OPT RX ENDORALE oppure FOTO intraorale pre – estrattiva o intraoperatorie
- gli accertamenti POST –TERAPIA (OPT RX ENDORALE oppure FOTO intraorale che mostrano la vite di guarigione, prima della protesizzazione finale)
- la parcella del medico dentista
- l'indicazione del medico dentista circa la posizione degli elementi (da 11 a 48)

protesi mobile totale arcata superiore, inferiore od entrambe :

occorre allegare alla richiesta di rimborso :

- copia della Dichiarazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico
- la parcella del medico dentista
- l'indicazione del medico dentista circa la prestazione eseguita

protesi scheletrata arcata superiore, inferiore od entrambe :

occorre allegare alla richiesta di rimborso :

- copia della Dichiarazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico
- la parcella del medico dentista
- l'indicazione del medico dentista circa la prestazione eseguita , compresa l'indicazione della posizione degli elementi sulla protesi (da 11 a 48)

Note sulla Dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico.

Si precisa che la Dichiarazione non è rappresentata dalla copia della fattura del laboratorio odontotecnico all'Odontoiatra, né della prescrizione medica redatta dall'Odontoiatra, né della scheda di progettazione tecnica del laboratorio odontotecnico, bensì da una certificazione dei lavori eseguiti, come previsto dalle normative vigenti, ovvero la "Dichiarazione di Conformità alla Direttiva 93/42/CEE".

Art. 21. Cure ortodontiche.

Beneficiari:

- soci beneficiari;
- coniuge e figli

Il Fondo rimborsa, con la misura e il massimale annuo previsti in Tabella, le spese sostenute per cure ortodontiche effettuate fino al compimento del 20° anno di età. Il Comitato Direttivo potrà intervenire, nell'ambito della gestione straordinaria e con l'esclusione di motivazioni di carattere meramente estetico, per casi particolari anche oltre tale limite di età.

E' considerata cura ortodontica la rieducazione della lingua in terapia ortodontica effettuata presso studi dentistici.

Il rimborso a favore di ogni persona è previsto per la durata indicata in Tabella, che deve intendersi globale e perciò anche con soluzione di continuità.

Documentazione da presentare alla Segreteria del Fondo:

- ***preventivo di cura del dentista che fornisce la prestazione;***
- ***parcella del medico dentista riferita all'anno di cura.***

Art. 22. Cura per sordità rinogena.

Beneficiari: figli minori.

Il Fondo rimborsa, con la misura prevista in Tabella, le spese sostenute per le cure suppletive, non riconosciute dall'ASL, per i casi di sordità rinogena effettuate presso stabilimenti termali particolarmente attrezzati per la cura della patologia.

Sono consentiti cicli di cura per un massimo di 14 giorni consecutivi ripetibili per non più di tre volte all'anno, fino al compimento del 18° anno di età.

Il Fondo eroga un contributo per il solo soggiorno presso la località termale, con le modalità previste all'art. 26. In nessun caso è previsto il rimborso delle spese di viaggio.

Documentazione da presentare alla Segreteria del Fondo:

- ***prescrizione delle cure suppletive da parte di medico specialista otorino;***
- ***fattura dello stabilimento termale relativa alla cura;***
- ***ricevuta o fattura fiscale relativa al soggiorno;***
-

Art .23. Ortopedia.

Beneficiari:

- soci beneficiari;
- coniuge e figli

Il Fondo rimborsa, con la misura prevista in Tabella, le spese sostenute per l'acquisto di presidi ortopedici per i quali non è prevista alcuna forma di intervento dall'Ente Pubblico. In caso di erogazione di contributo da parte dell'ASL o di altro Ente Pubblico, il Fondo garantisce un' integrazione in grado di assicurare la copertura della spesa sostenuta fino alla misura prevista in Tabella.

Non sono previsti rimborsi per bustini di tipo contenitivo, Gibaud, tutori per la protezione durante l'attività sportiva, scarpe cosiddette ortopediche fabbricate industrialmente in serie anche se presentino accorgimenti correttivi (es. plantari, rinforzi o altro), calze elastiche che non risultino prescritte dallo specialista.

***Documentazione da presentare alla Segreteria del Fondo:
per tutori del busto, tutori degli arti, collari, scarpe ortopediche e plantari:***

- *prescrizione del medico specialista ortopedico ASL o consulente specialista (validità annuale);*
- *fattura di negozio di ortopedia (FIOTO) (ripetibile ogni 6 mesi);*

per cinto erniario:

- *prescrizione del medico specialista chirurgo ASL o consulente specialista (validità annuale);*
- *fattura di negozio di ortopedia autorizzato (FIOTO) (ripetibile ogni 6 mesi);*
-

per calze elastiche:

- *prescrizione del medico specialista chirurgo (nella fase postoperatoria) o angiologo ASL o consulente specialista (validità annuale);*
- *fattura d'acquisto (ripetibile ogni 6 mesi);*

per apparecchi o presidi particolari:

- *prescrizione medico specialista della patologia;*
- *autorizzazione del Comitato Direttivo come caso straordinario;*
- *fattura d'acquisto;*

per protesi oculare il cui rimborso non è previsto da ASL:

- *prescrizione medica;*
- *fattura d'acquisto (ripetibile ogni 3 anni);*
-

per protesi mammaria il cui rimborso non è previsto da ASL:

- *prescrizione medica;*
- *fattura di negozio di ortopedia autorizzato (FIOTO) (rinnovabile al bisogno);*
- *è previsto anche il rimborso dell'apposito reggiseno (ripetibile ogni 6 mesi).*

Art. 24. Apparecchi acustici.

Beneficiari:

- soci beneficiari;
- coniuge e figli.

Il Fondo rimborsa, con la misura ed i massimali previsti in Tabella, la spesa sostenuta per l'acquisto di apparecchi acustici, di tipo monoauricolare o bilaterale, per i quali non e' prevista alcuna forma di intervento dall'Ente Pubblico.

Il rimborso è ripetibile con la periodicità prevista in Tabella.

Documentazione da presentare alla Segreteria del Fondo:

- *esame audiometrico effettuato presso ASL o consulente specialista;*
- *prescrizione di medico specialista (ORL o audiologo) ASL o di consulente specialista;*
- *fattura d'acquisto.*

Art. 25. Lenti correttive.

Beneficiari:

- soci beneficiari;
- coniuge e figli.

Il Fondo rimborsa, con la misura prevista in Tabella, le spese sostenute per l'acquisto di lenti correttive dei vizi visivi con i massimali previsti dal proprio Tariffario, con le seguenti precisazioni:

A. Occhiali

- fino a 18 anni: rimborso per tutti i vizi puri o complessi;
- oltre i 18 anni: rimborso per vizi puri o complessi superiori o uguali a 1 diottria.

È previsto il rimborso delle lenti progressive o bifocali per vizio refrattivo uguale o superiore a 1 diottria, anche monolaterale, associato a presbiopia uguale o superiore a 1 diottria anche monolaterale.

Non sono previsti rimborsi per montatura o per occhiali prestampati.

Salvo variazioni documentate del visus, la frequenza del rimborso è definita in Tabella.

B. Lenti corneali (LAC)

Per le lenti corneali il rimborso è limitato alle seguenti patologie clinicamente documentate:

- miopia elevata (uguale o superiore a 5 diottrie) anche monolaterale;
- anisometria elevata (differenza tra i due occhi uguale o superiore a 3 diottrie);
- astigmatismo elevato (uguale o superiore a 3 diottrie) anche monolaterale;
- astigmatismo irregolare;
- cheracotono.

Il Fondo prevede il rimborso solo per lenti corneali morbide, semirigide o rigide. Non è previsto il rimborso delle LAC "usa e getta".

Salvo variazioni documentate del visus, la frequenza del rimborso è definita in Tabella.

Nessun rimborso è dovuto per l'eventuale spesa sostenuta per la visita specialistica da cui si origina la prescrizione delle lenti correttive.

Documentazione da presentare alla Segreteria del Fondo (sia per occhiali che per LAC):

- ***prescrizione di medico specialista oculista, redatta su apposito modulo con indicazione delle diottrie e del tipo di vizio visivo;***
- ***fattura fiscale dell'ottico o del contattologo indicante, per gli occhiali, il costo delle lenti separatamente da quello della montatura.***

Art. 26. Spese viaggio e soggiorno.

Beneficiari:

soci beneficiari;

tutti i familiari aventi diritto.

Il Fondo rimborsa le spese di viaggio e soggiorno purché sussista almeno una delle seguenti condizioni:

-La prestazione deve essere erogata da strutture sanitarie ad alta specializzazione, con riferimento alla patologia del socio beneficiario, su motivata indicazione (quanto alla scelta della struttura) del medico curante o dello specialista.

-La prestazione deve essere erogata da strutture sanitarie, ad alta specializzazione, presso le quali il socio beneficiario sia stato sottoposto ad interventi precedenti che implicino la necessità di controlli successivi presso la stessa sede, entro il limite di 36 mesi dalla data dell'intervento.

La sussistenza di una delle condizioni nelle richieste di rimborso è insindacabilmente valutata dal Comitato Direttivo con la supervisione del Consulente Sanitario del Fondo. Il Comitato Direttivo, alle condizioni sopra descritte, autorizza il rimborso delle spese sostenute dai beneficiari in occasione di visite consultive specialistiche, accertamenti diagnostici, ricoveri ospedalieri, terapie di riabilitazione, quando la percorrenza tra il luogo di residenza e quello della visita sia complessivamente uguale o superiore ai 150 chilometri .

Le modalità di rimborso sono le seguenti:

- viaggi da 150 a 500 Km.: tariffa ferroviaria economy;
- viaggi oltre i 500 Km.: possibilità di rimborso con tariffa aerea turistica/economy;
- taxi: per i viaggi in Italia il 50% e per i viaggi all'estero il 100% dell'importo della ricevuta

del taxi dalla stazione o aeroporto al luogo di visita o cura;

- soggiorno: rimborso della spesa per il socio beneficiario, con la misura ed il massimale giornaliero previsti in Tabella.

In caso di forme morbose, accertate dal Comitato Direttivo e dal Consulente Sanitario, che compromettano l'autosufficienza del paziente e nei casi in cui il beneficiario sia di età inferiore ai 18 anni, il rimborso delle spese verrà corrisposto anche per l'eventuale accompagnatore e con le modalità prima esposte, o, eventualmente in alternativa, per l'uso del mezzo proprio sulla base del rimborso chilometrico definito in Tabella, più eventuali pedaggi.

In occasione di cicli di terapia per patologie rilevanti dal punto di vista prognostico (es.: riabilitazione per postumi di politraumatismi o di ictus cerebrali, dialisi, chemioterapia o radioterapia per patologia neoplastica) accertati dal Comitato Direttivo e dal Consulente Sanitario, e che comportino il supero dei 500 chilometri nell'arco del mese, il Fondo rimborsa le spese di viaggio per l'uso del mezzo proprio sulla base del rimborso chilometrico definito in Tabella.

Documentazione da presentare alla Segreteria del Fondo:

- biglietto ferroviario o aereo del beneficiario e dell'eventuale accompagnatore (nel caso in cui non fosse possibile presentare il/i biglietti il Fondo procederà al rimborso di un solo viaggio con tariffa ferroviaria economy);
- ricevuta o fattura fiscale relativa al soggiorno;
- ricevuta relativa al trasporto in taxi (per viaggi all'estero).
- Adeguata certificazione medica attestante la sussistenza delle condizioni indicate in premessa al presente articolo.

Documentazione da presentare alla Segreteria del Fondo:

- ***biglietto ferroviario o aereo del beneficiario e dell'eventuale accompagnatore (nel caso in cui non fosse possibile presentare il/i biglietti il Fondo procederà al rimborso di un solo viaggio con tariffa ferroviaria di 2^a classe);***
- ***ricevuta o fattura fiscale relativa al soggiorno;***
- ***ricevuta relativa al trasporto in taxi (per viaggi all'estero).***

FONDO DI SOLIDARIETA' INTEGRATIVO – SETTORE INDUSTRIALE

TABELLA DELLE PRESTAZIONI

Art.	PRESTAZIONI	% di rimborso	Massimale di rimborso per prestazione Euro	Massimale annuo di rimborso Da data fattura Euro	Massimale annuo di rimborso per anno solare Euro	Periodicità Da data fattura
13	Visite consultive specialistiche	75	75,00		300,00	.
14	Esami	60	.	.		.
16	Trasporto in ambulanza	85	.	.		.
17	Medicinali	85	.	.		.
	Vaccino desensibilizzante	65	.	.		.
18	Terapie fisiche/riabilitative	65	.	.	700,00	.
	Cure ortottiche		.	.		.
	Chemioterapia domiciliare	85	.	.		.
	Logopedia	75	.	.		.
19	Assistenza infermieristica	65	al giorno: 34,00/diurno 44,00/notturno	.		come prevista da art. 19
20	Impianti osteointegrati	85	200,00 per elemento	.		1 prestazione per elemento
	Protesi dentarie fisse Protesi dentarie mobili	85	175,00 per corona/elemento 500,00 protesi mobile totale per arcata 330,00 scheletrato per arcata 37,00 per elemento su scheletrato	.		ogni 4 anni
21	Cure ortodontiche	85	.	827,00		max. 3 anni
22	Cura per sordità rinogena	85	.	.		.
23	Ortopedia	75	.	.		.
24	Apparecchi acustici unilaterali	85	772,00	.		ogni
	Apparecchi acustici bilaterali		1.544,00	.		3 anni
25	Occhiali fino ai 18 anni di età	85	Tariffario Fondo FSI-SI	.		annuale
	Occhiali oltre i 18 anni di età			.		ogni 3 anni
	LAC fino ai 18 anni di età			.		annuale
	LAC morbide oltre i 18 anni di età			.		ogni 2 anni
	LAC semirigide o rigide oltre i 18 anni di età			.		ogni 3 anni
26	Spese viaggio: rimborso chilometrico	.	0,14 al km	.		.
	Spese soggiorno	50	34,00/persona	.		.

**FONDO SOLIDARIETA' INTEGRATIVO
SETTORE INDUSTRIALE
TARIFFARIO LENTI CORRETTIVE**

Occhiali(a partire da 0,25 diottria per minorenni – a partire da 1 diottria per maggiorenni)

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

Euro 25,00 per diottrie da 0.25 a 5
Euro 42,00 per diottrie da 5.25 a 10
85 % della spesa oltre 10 diottrie.

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

Euro 33,00 per diottrie da 0.25 a 5
Euro 55,00 per diottrie da 5.25 a 10
85 % della spesa oltre 10 diottrie.

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

Euro 39,00 per diottrie da 0.25 a 5
Euro 69,00 per diottrie da 5.25 a 10
85 % della spesa oltre 10 diottrie.

**BIFOCAL e PROGRESSIVO: a partire da 1 diottria sia per lontano che per vicino.
(a partire da 0,25 diottria per minorenni – a partire da 1 diottria per maggiorenni)**

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

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

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

Euro 76,00 fino a 6 diottrie
Euro 88,00 da 6.25 diottrie.

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

Euro 107,00 per lente sferica
Euro 122,00 per lente torica.

Per una lente anisometrica speciale, in casi di grave anisometropia, il rimborso è previsto fino al 85% della spesa effettiva.

LAC

Il rimborso è contenuto entro i seguenti massimali:

Euro 130,00 per una lente morbida;
Euro 102,00 per una lente semirigida o rigida.

Lenti corneali (LAC)

Per le lenti corneali il rimborso è limitato alle seguenti patologie clinicamente documentate:

miopia elevata (difetto sferico uguale o superiore a 5 diottrie) anche monolaterale;
anisometria elevata (differenza tra i due occhi uguale o superiore a 3 diottrie);
astigmatismo elevato (difetto cilindrico uguale o superiore a 3 diottrie) anche monolaterale;
astigmatismo irregolare;
cheracotono.