

Addi, 22 Dicembre 2020, in modalita` telematica

Verbale di Incontro

TRA

Vodafone Italia S.p.A. (di seguito anche “l’Azienda”),

E

le OO.SS. nazionali e territoriali di SLC CGIL, FISTEL CISL e UILCOM UIL, unitamente al Coordinamento nazionale delle rappresentanze sindacali di Vodafone Italia (di seguito “le Organizzazioni Sindacali”; l’Azienda e le Organizzazioni Sindacali di seguito congiuntamente “le Parti”)

Con riferimento all’ordine del giorno, nonche` alla delibera del 10 Dicembre 2020 del C.d.A. del Fondo di Solidarieta` Interna Vodafone (FSIO), vengono approvate le modifiche apportate al Regolamento ed allo Statuto del FSIO cosi` come da allegati, che formano parte integrante del presente verbale, nonche` l’adeguamento dei massimali delle varie prestazioni, come da tabelle che ugualmente si allegano.

I documenti sopracitati ed in allegato entreranno in vigore dalla data del 1 gennaio 2021.

I trattamenti in corso verranno erogati secondo il precedente regime.

Le Parti confermano e sottoscrivono il presente verbale e gli allegati, in via telematica.

Elenco Allegati :

1. Statuto
2. Regolamento
3. Istruzioni Diritto Beneficiari
4. Istruzioni Pagamento Quota associativa pensionati
5. Modulo adesione pensionati
6. Modulo Richiesta rimborso
7. Tabella rimborsi e scoperti
8. Scheda cure dentarie
9. Tariffario cure odontoiatriche

STATUTO

dell'Associazione

Fondo di Solidarietà Interna Omnitel Vodafone

F.s.i.o.

In vigore dal 1° gennaio 2021

- Accordo sindacale 10 settembre 1999 come modificato da
 - Accordo sindacale 15 gennaio 2002
 - Accordo sindacale 19 luglio 2011
 - Accordo sindacale 27 giugno 2012
 - Accordo sindacale 26 ottobre 2015
- *(fusione per incorporazione azienda Comdata care in Comdata spa decorrenza 01/01/2014)
- Accordo sindacale del 22 dicembre 2020

INDICE

• Denominazione Sede - Scopo – Durata.....pag.	3
• Soci - Sostenitori Beneficiari.....pag.	4
• Entrate - Patrimonio - Esercizio sociale - Interventi.....pag.	7
• Organi dell'Associazione.....pag.	8
• Modifiche dello Statuto e del Regolamento - Scioglimento o trasformazione dell'Associazione.....pag.	14

Denominazione - Sede - Scopo - Durata

Art.1 E' costituita tra

- Vodafone Italia Spa (già Vodafone Omnitel B.V.)
e
- le Organizzazioni sindacali FISTEL/CISL (già FIM/CISL, SIC/CGIL (già FIOM/CGIL), UILCOM/UIL (già UILM/UIL), assistite dalle RSU aziendali,

l'Associazione "**Fondo Solidarietà Interna Omnitel Vodafone**".

L'Associazione può servirsi della propria denominazione per esteso o della sigla F.S.I.O.

L'Associazione è retta da un Accordo Sindacale, che ne promuove la costituzione (di seguito Accordo Sindacale), dai successivi accordi sindacali, dal presente Statuto e dal Regolamento.

Art.2 L'Associazione ha sede in Milano presso la sede operativa della Società Vodafone Italia Spa (già Vodafone Omnitel B.V.) in via Lorenteggio 240.

Art.3 L'Associazione, nei limiti indicati dall'Art.6 del presente Statuto, ha fini esclusivamente assistenziali.

In ogni caso, l'Associazione promuoverà:

- a) l'integrazione dei trattamenti a carico degli enti pubblici competenti in materia di assistenza sociale e sanitaria, ove non ve ne sia l'obbligo per il datore di lavoro per legge o per contratto collettivo nazionale di lavoro;
- b) la realizzazione di propri interventi assistenziali in forma diretta o tramite apposite convenzioni per ovviare a carenze degli enti pubblici in materia di assistenza sociale e sanitaria, ove non ve ne sia l'obbligo per il datore di lavoro per legge o per contratto collettivo nazionale di lavoro.

Altre forme di intervento a carattere assistenziale possono essere definite dal Regolamento.

Art.4 L'Associazione non persegue fini di lucro.

La durata dell'Associazione è a tempo indeterminato.

Per le materie non regolate dal presente Statuto si applicano le disposizioni del Codice Civile.

Soci - Sostenitori e Beneficiari

Art.5 I soci si distinguono in:
- soci sostenitori,
- soci beneficiari.

Sono Soci sostenitori:

- a) Vodafone Italia Spa (già Vodafone Omnitel B.V.)
- b) Le Società controllate da Vodafone Italia Spa (già Vodafone Omnitel B.V.) o alla stessa collegate, ex Art. 2359, Cod. Civ., che aderiscano all'Associazione;
- c) Le Società di cui alla precedente lettera b) rispetto alle quali cessi il controllo ex Art. 2359, Cod. Civ., da parte di Vodafone Italia Spa (già Vodafone Omnitel B.V.) e ammesse, su loro domanda, a restare soci dal Comitato Tecnico-Direttivo dell'Associazione secondo le modalità e i termini da esso definiti;
- d) Le Società che per effetto di ristrutturazioni di natura societaria del Gruppo Vodafone Italia Spa. (già Vodafone Omnitel B.V.), ivi inclusi il trasferimento di azienda o di ramo di azienda, intervenute a partire dal 5 novembre 2007, si trovino a non far più parte del F.S.I.O. e richiedano ed ottengano l'adesione all'Associazione, previo accordo con le Organizzazioni Sindacali e previa approvazione del Comitato Tecnico-Direttivo;
- e) Le Società al punto d) che per effetto di ristrutturazione di natura societaria ivi inclusa la fusione per incorporazione intervenute a partire dal 01/01/2014, richiedano ed ottengano il mantenimento dell'adesione all'associazione, previo accordo con le organizzazioni sindacali successivamente deliberato dal Comitato Tecnico Direttivo;

I soci sostenitori di cui alla lettera c), d), e) del presente articolo possono recedere dando un preavviso scritto di sei mesi.

Sono soci beneficiari:

- f) i dipendenti in servizio di un socio sostenitore inquadrati, secondo l'Art. 2095, Cod. Civ., nelle categorie di operaio, impiegato e quadro.
- g) coloro che avendo risolto il rapporto di lavoro subordinato con un socio sostenitore siano stati collocati nelle liste di mobilità previste dalla L. 23.7.1991, n. 223, per tutto il periodo d'iscrizione nelle liste stesse e che, alle condizioni definite dall'Accordo Sindacale e dal Regolamento, si iscrivano al Fondo utilizzando l'apposita richiesta di adesione. Gli interessati dovranno sottoscrivere la richiesta di adesione al Fondo

contestualmente alla firma dei documenti di cessazione del rapporto di lavoro per collocamento in mobilità e dovranno allegare, ad ogni richiesta di rimborso, un'autocertificazione con cui attestano il perdurare dell'iscrizione alle liste di mobilità.

- h) i dipendenti già iscritti al F.S.I.O. che, per effetto di ristrutturazioni di natura societaria del Gruppo Vodafone Italia Spa (già Vodafone Omnitel B.V.), e/o delle società di cui al punto c) e d), ivi inclusi il trasferimento di azienda o di ramo di azienda, intervenute a partire dal 5 novembre 2007, si trovino a non far più parte del F.S.I.O. e per i quali le Società loro datrici di lavoro richiedano ed ottengano l'adesione all'Associazione, previo accordo con le Organizzazioni sindacali e previa approvazione del Comitato Tecnico-Direttivo.
- i) i dipendenti già iscritti al F.S.I.O. che, per effetto di ristrutturazioni di natura societaria di cui al punto e), ivi inclusa la fusione per incorporazione intervenute a partire dal 01/01/2014, si trovino a non far più parte del F.S.I.O. e per i quali le società loro datrici di lavoro richiedano e ottengano l'adesione all'associazione, previo accordo con le organizzazioni Sindacali e previa autorizzazione del Comitato Tecnico Direttivo.
- j) gli ex dipendenti delle Società socio sostenitore che divengano, senza soluzione di continuità, titolari di pensione diretta a carico di una gestione previdenziale obbligatoria e che, alle condizioni definite dall'Accordo Sindacale e dal Regolamento, si iscrivano al Fondo.
Gli interessati potranno iscriversi al Fondo a condizione di avere, alla data di risoluzione del rapporto di lavoro, un'anzianità aziendale complessiva presso il gruppo Vodafone Italia Spa (già Vodafone Omnitel B.V.) sue controllate/collegate che aderiscono al Fondo) o presso società di cui all'Art. 5 lett. d) e lett. e) del presente Statuto, di almeno dieci anni e sottoscrivere la richiesta di iscrizione al Fondo contestualmente alla firma dei documenti di dimissione per pensionamento oppure, previa maturazione dell'anzianità aziendale sopra-citata, contestualmente al termine del periodo di iscrizione alle liste di mobilità di cui al punto g), purché siano stati iscritti al F.S.I.O. in tale periodo.

I soci beneficiari fruiscono degli interventi dell'Associazione, nei limiti e alle condizioni fissati dal Regolamento all' Art. 2, per i familiari componenti il loro nucleo familiare.

Art.6 Cessano di essere soci, con effetto dal momento in cui si verifica l'evento sotto indicato:

- a) la Società rispetto alla quale cessi il controllo, ex Art. 2359, Cod. Civ., da parte di Vodafone Italia Spa (già Vodafone Omnitel B.V.);

- b) i dipendenti della Società che versino nella condizione indicata alla precedente lettera a);
- c) i soci in pensione o mobilità tenuti al versamento diretto della quota associativa, morosi. In caso di morosità del socio beneficiario verrà inviato allo stesso un sollecito tramite mail. Se anche dopo il sollecito non verrà saldata la quota spettante entro i termini indicati, il socio decadrà dal Fondo senza alcuna futura possibilità di iscrizione.

Il socio beneficiario che commetta gravi scorrettezze nei confronti dell'Associazione può essere temporaneamente sospeso o escluso dalle prestazioni del Fondo. La sospensione o l'esclusione vengono adottate dal Comitato Tecnico-Direttivo e comunicate all'interessato dal Presidente con indicazione della decorrenza e dell'eventuale durata.

Art.7 I rappresentanti dei soci sostenitori e dei soci beneficiari che ricoprono cariche sociali sono nominati tra i dipendenti dei soci sostenitori.

I soci sostenitori possono nominare alle cariche sociali anche loro dipendenti o ex-dipendenti che siano o siano stati inquadrati, secondo l'Art. 2095 Cod. Civ., nella categoria di dirigente.

I rappresentanti dei soci beneficiari alle cariche sociali sono nominati dalle organizzazioni sindacali unitariamente considerate firmatarie dell'Accordo e del presente Statuto.

I soggetti aventi diritto hanno la facoltà di nominare tra i rappresentanti alle cariche sociali i soci beneficiari, purché in regola con la contribuzione all'Associazione.

I soci nominati a ricoprire cariche sociali ne decadono allorché cessi la loro qualità di socio, o se dipendenti, o ex dipendenti inquadrati secondo l'Art. 2095 Cod. Civ., nella categoria di dirigente, allorché venga meno la qualità di socio sostenitore della Società della quale siano o siano stati dipendenti.

Ogni rappresentante può, mediante delega scritta, farsi rappresentare da un altro rappresentante nominato alla stessa carica sociale. Il rappresentante presente non può avere più di una delega.

Ogni rappresentante ha diritto a un voto.

Le cariche sociali sono gratuite.

Entrate - Patrimonio - Esercizio sociale - Interventi

Art.8 Le entrate dell'Associazione sono costituite:

- a) dai contributi versati dai soci;
- b) dai contributi supplementari o corrispettivi specifici per prestazioni rese nei confronti dei soci in conformità delle proprie finalità istituzionali.

Il patrimonio è costituito:

- a) dai beni e crediti che l'Associazione acquisisca a titolo definitivo;
- b) dagli interessi maturati sui fondi a disposizione;
- c) da eventuali fondi costituiti con le eccedenze di bilancio;
- d) da eventuali erogazioni, donazioni, lasciti;
- e) dall'importo delle multe comminate dai soci sostenitori a soci beneficiari alle loro dipendenze per infrazioni disciplinari.

Le entrate ed il patrimonio sono gestiti da una cassa unica.

Viene creato un accantonamento tecnico che permetta di far fronte ad eventuali spese eccezionali. Tale accantonamento, per l'anno 1999 di esercizio del Fondo, verrà costituito devolvendo dai contributi versati un importo pari a euro 5,16 per ogni dipendente

A partire dal successivo esercizio del Fondo il valore di tale accantonamento tecnico sarà determinato in funzione di un valore percentuale rispetto alla contribuzione annua dei singoli soci. Tale valore sarà definito dal Comitato Tecnico-Direttivo in sede di presentazione del bilancio di previsione per l'anno successivo.

Art.9 L'esercizio sociale si chiude il 31 dicembre di ogni anno.

Alla fine di ogni esercizio vengono approvati dal Consiglio di Amministrazione il bilancio consuntivo e quello di previsione per il successivo esercizio.

Il bilancio è redatto secondo il principio della competenza.

Art.10 Le condizioni, le misure e le modalità degli interventi dell'Associazione sono disciplinate dal Regolamento.

Organi dell'Associazione

Art.11 Sono organi dell'Associazione:

- a) il Consiglio d'Amministrazione;
- b) il Comitato Tecnico-Direttivo;
- c) il Presidente;
- d) il Vicepresidente;
- e) il Collegio dei Sindaci.

Art.12 Il Consiglio d'Amministrazione rappresenta la totalità dei soci.

La composizione del Consiglio d'Amministrazione dovrà essere rappresentativo della composizione dei soci nonché assicurare un corretto equilibrio tra i generi.

Il Consiglio d'Amministrazione è composto da 24 rappresentanti di cui:

- 12 unitariamente nominati e sostituiti dai soci sostenitori, secondo la composizione di (6+3+3), ovvero: sei nominati e sostituiti dai soci sostenitori di Vodafone e sue controllate, tre nominati e sostituiti dai soci sostenitori di Comdata spa e tre nominati e sostituiti dai soci sostenitori di Ericsson
- 12 nominati e sostituiti dai rappresentanti dei soci beneficiari, secondo la composizione di (6+3+3), ovvero: sei nominati e sostituiti dai rappresentanti dei soci beneficiari di Vodafone e sue controllate, tre nominati e sostituiti dai rappresentanti dei soci beneficiari di Comdata spa e tre nominati e sostituiti dai rappresentanti dei soci beneficiari di Ericsson

Il Consiglio d'Amministrazione rimane in carica per tre esercizi, fino all'approvazione del bilancio consuntivo relativo al terzo anno di esercizio del mandato e, comunque, fino a quando non subentra il nuovo Consiglio.

Nel caso in cui nel corso del periodo del mandato del Consiglio d'Amministrazione vengano a mancare, per dimissioni dalla carica o per cessazione della stessa per altri motivi prima della scadenza del mandato, uno o più rappresentanti dei soci sostenitori (o dei soci beneficiari), il Presidente (o il Vice Presidente) provvede, senza indugio, a richiedere ai rappresentanti ancora in carica dei soci sostenitori (o dei soci beneficiari) di sostituirli secondo le modalità previste al secondo comma del presente articolo.

Entro il termine di 30 giorni dalla richiesta del Presidente (o del Vice Presidente), i rappresentanti ancora in carica dei soci sostenitori (o dei soci beneficiari) comunicano

per iscritto al Presidente (o al Vice Presidente) il nome del rappresentante che subentra a quello dimissionario o cessato prima della scadenza del mandato.

Il Presidente (o il Vice Presidente), ricevuta la comunicazione di cui al comma precedente, procede ad informare per iscritto tutti i rappresentanti del Consiglio d'Amministrazione e del Collegio dei Sindaci della nuova nomina.

Nel caso in cui il rappresentante dimissionario o cessato prima della scadenza del mandato rivestisse anche la carica di:

- Presidente, o
- Vice Presidente, o
- Altro membro del Comitato Tecnico-Direttivo,

il Presidente (o il Vice Presidente), ricevuta la comunicazione di cui al comma precedente, procede a convocare una riunione del Consiglio d'Amministrazione per deliberare l'elezione del nuovo Vice-Presidente (o del nuovo Presidente) o del nuovo membro del Comitato Tecnico-Direttivo.

Nell'ipotesi di cui al comma precedente, l'elezione del nuovo Presidente o del nuovo Vice-Presidente o del nuovo membro del Comitato Tecnico-Direttivo potrà anche essere assunta, in alternativa alla modalità sopra prevista, mediante delibera per consultazione scritta. In tal caso, il Presidente (o il Vice Presidente) procede a:

- circolare a tutti i rappresentanti del Consiglio d'Amministrazione un unico documento scritto sul quale ciascun rappresentante riporterà la propria preferenza di voto (o astensione), la data e la sottoscrizione. La delibera si considera validamente adottata con la maggioranza prevista al successivo Art. 14;
- informare tutti i rappresentanti del Consiglio d'Amministrazione e del Collegio dei Sindaci della nuova nomina;
- conservare agli atti dell'Associazione il documento scritto da cui risulti la nomina deliberata dal Consiglio d'Amministrazione.

Nel caso in cui risultassero contemporaneamente dimissionari o cessati dalla carica prima della scadenza del mandato sia il Presidente che il Vice Presidente, gli adempimenti previsti dai commi precedenti saranno svolti dal Presidente del Collegio dei Sindaci.

Art.13 I rappresentanti sono convocati in Consiglio dal Presidente almeno una volta all'anno mediante avviso di convocazione scritto, a mezzo email o fax o raccomandata, diretto a ciascun rappresentante, contenente l'ordine del giorno, con preavviso di almeno 10 giorni o, in caso di motiva urgenza, di almeno 5 giorni.

Il Consiglio può essere convocato anche quando ne facciano richiesta scritta almeno 2 membri del Comitato Tecnico-Direttivo o 2 sindaci o 4 consiglieri.

Il Consiglio si riunisce nel luogo indicato nell'avviso di convocazione e potrà svolgersi anche in piu' luoghi, contigui o distanti, mediante mezzi di tele-videocomunicazione, purché risulti garantita l'esatta identificazione delle persone legittimate a presenziare, la possibilità di tutti i partecipanti di intervenire oralmente, in tempo reale, su tutti gli argomenti, di poter ricevere, visionare e trasmettere documentazione, fermo restando che la riunione si considererà tenuta nel luogo in cui si trova il Presidente.

Il Consiglio ha i seguenti compiti:

- a) approvare il bilancio consuntivo;
- b) approvare il bilancio preventivo e definire la riserva tecnica;
- c) approvare le eventuali proposte di modifica del Regolamento presentate dal Comitato Tecnico-Direttivo, da sottoporre alle parti firmatarie dell'Accordo Sindacale;
- d) eleggere il Presidente ed il Vice Presidente secondo gli artt. 18 e 19;
- e) eleggere al proprio interno il Comitato Tecnico-Direttivo;

Art. 14 Il Consiglio è presieduto dal Presidente.

Delle riunioni di Consiglio si redige processo verbale firmato dal Presidente e dal Vicepresidente.

Il Consiglio è costituito validamente con la presenza di almeno 7 dei rappresentanti dei soci.

Le deliberazioni sono assunte con il voto favorevole della maggioranza dei presenti.

In caso di parità di voti, le proposte di delibera si intendono non approvate.

Art.15 Il Comitato Tecnico-Direttivo è l'organo operativo del Consiglio d'Amministrazione.

Il Comitato Tecnico-Direttivo è composto da 6 membri, di cui uno è il Presidente e 5 sono eletti dal Consiglio d'Amministrazione al proprio interno, su proposta dei soci sostenitori, unitariamente considerati, e delle Organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo sindacale e del presente Statuto, anch'esse unitariamente considerate.

Allorché il Presidente è nominato tra i rappresentanti dei soci sostenitori, i restanti membri del Comitato Tecnico-Direttivo sono così nominati: 2 tra i rappresentanti dei soci sostenitori e 3 tra i rappresentanti dei soci beneficiari.

Nel caso in cui il Presidente sia nominato tra i rappresentanti dei soci beneficiari, i restanti membri del Comitato Tecnico-Direttivo sono così nominati: 3 tra i rappresentanti dei soci sostenitori e 2 dai rappresentanti dei soci beneficiari.

Il mandato del Comitato Tecnico-Direttivo è triennale e coincide con quello del Consiglio d'Amministrazione che lo ha nominato.

I rappresentanti (collettivamente considerati) cui spetta l'elezione di ciascun membro possono sostituirlo durante il periodo triennale di carica del Comitato Tecnico-Direttivo.

Art.16 Il Comitato Tecnico-Direttivo si riunisce su convocazione del Presidente, che ne presiede le riunioni.

Esso può essere convocato in via straordinaria a cura del Presidente su richiesta scritta di almeno 2 membri.

L'avviso di convocazione deve essere inviato per iscritto, a mezzo email o fax o telegramma, con preavviso di 5 giorni, ai membri del Comitato Tecnico-Direttivo e a quelli del Collegio dei sindaci e contenere l'ordine del giorno della riunione.

Il Comitato Tecnico-Direttivo si riunisce nel luogo indicato nell'avviso di convocazione e potrà svolgersi anche in più luoghi, contigui o distanti, mediante mezzi di tele-videocomunicazione, purché risulti garantita l'esatta identificazione delle persone legittimate a presenziare, la possibilità di tutti i partecipanti di intervenire oralmente, in tempo reale, su tutti gli argomenti, di poter ricevere, visionare e trasmettere documentazione, fermo restando che la riunione si considererà tenuta nel luogo in cui si trova il Presidente.

Il Comitato Tecnico-Direttivo è costituito validamente con la presenza di almeno 4 membri.

Le deliberazioni sono approvate con il voto favorevole della maggioranza dei presenti.

In caso di parità di voti, le proposte di delibera si intendono non approvate.

Delle riunioni del Comitato Tecnico-Direttivo viene redatto il processo verbale che viene sottoscritto dal Presidente e dagli altri membri presenti alla riunione.

Art.17 Il Comitato Tecnico-Direttivo ha i seguenti compiti:

- a) assicurare il conseguimento dello scopo dell'Associazione;
- b) preparare i dati relativi ai bilanci preventivo e consuntivo, presentare gli stessi al Consiglio d'Amministrazione;
- c) deliberare su eventuali interventi straordinari in casi individuali, negli ambiti di discrezionalità previsti dal Regolamento e nel rispetto delle disponibilità di bilancio;
- d) stipulare eventuali convenzioni con sanitari ed Enti, pubblici e privati, che abbiano scopo di cura, prevenzione e riabilitazione per assicurare il raggiungimento degli scopi dell'Associazione o nei casi previsti dal Regolamento;
- e) curare la gestione amministrativa dell'Associazione, avvalendosi di apposite strutture specializzate; provvedere a tutti gli adempimenti fiscali eventualmente dovuti;
- f) elaborare le proposte di modifica del Regolamento e presentarle, con il proprio parere ed adeguata motivazione, al Consiglio d'Amministrazione;
- g) deliberare sui poteri di firma degli eventuali procuratori speciali;
- h) adottare i provvedimenti previsti dall'art 6, ultimo comma, con decisione inappellabile.

Art.18 Il Presidente viene nominato a rotazione tra i membri nominati dai soci sostenitori e quelli nominati dai soci beneficiari. Per il primo triennio, il presidente sarà designato tra i membri nominati dai soci sostenitori.

Il Presidente ha la rappresentanza legale dell' Associazione.

Il Presidente, in caso di impedimento, può farsi rappresentare dal Vicepresidente.

Art.19 Il Vicepresidente viene nominato fra i rappresentanti nominati dai soci sostenitori allorché il Presidente è nominato fra i rappresentanti dei soci beneficiari e viceversa.

Il Vicepresidente sostituisce il Presidente in caso di assenza o di impedimento, anche temporaneo, con gli stessi poteri.

Il Vicepresidente esplica le eventuali attività a lui delegate dal Presidente.

Art.20 Nel caso sia necessario avvalersi di consulenti nel campo dei servizi sanitari, dell'assistenza sociale e dell'amministrazione del personale, questi verranno nominati dal Presidente conformemente alla proposta del Comitato Tecnico-Direttivo e potranno essere invitati a partecipare alle riunioni degli organi dell'Associazione, senza diritto di voto.

Art.21 Il Collegio dei Sindaci è composto da 3 membri, di cui 1 è nominato dai soci sostenitori e 1 dai rappresentanti dei soci beneficiari, mentre il terzo è nominato dai primi due. I tre membri provvedono congiuntamente a nominare il presidente del Collegio dei Sindaci che deve comunque essere iscritto al Registro dei revisori contabili.

Il Collegio dei Sindaci dura in carica per tre esercizi, fino all'approvazione del bilancio consuntivo relativo al terzo anno di esercizio del mandato e comunque fino a quando non subentra il nuovo Collegio.

Il Collegio dei Sindaci ha il compito di verificare la contabilità ed il bilancio consuntivo dell'Associazione al quale allega una propria relazione.

I Sindaci hanno la facoltà di partecipare alle riunioni del Comitato Tecnico-Direttivo.

Il potere d'ispezione e di controllo amministrativo, anche per assicurare l'osservanza dello Statuto e del Regolamento, spetta unitariamente al Collegio dei Sindaci.

Art.22 Le spese relative al funzionamento degli Organi dell'Associazione, incluse le eventuali consulenze di cui all'Art.20 sono a carico del bilancio dell'Associazione stessa con esclusione di tutte quelle inerenti al funzionamento delle strutture specializzate di cui all'Art. 17, lett. e).

Modifiche dello statuto e del regolamento - Scioglimento o trasformazione dell'Associazione

Art.23 Le modifiche dello Statuto e del Regolamento, la trasformazione o lo scioglimento dell'Associazione sono definite esclusivamente per accordo tra i soci sostenitori, unitariamente considerati, e le Organizzazioni Sindacali firmatarie dell'Accordo sindacale e del presente Statuto, anch'esse unitariamente considerate.

Le modifiche dello Statuto e del Regolamento sono adottate dal Consiglio d'Amministrazione in conformità con l'accordo di cui al primo comma.

Con detto accordo sono anche assunte le decisioni relative alla destinazione del patrimonio, coerenti con le finalità dell'Associazione, in caso di scioglimento dell'Associazione.

R E G O L A M E N T O

dell'Associazione

Fondo di Solidarietà Interna Omnitel Vodafone

F.s.i.o.

In vigore dal 01/01/2021

INDICE

NORME GENERALI	pag. 3
-----------------------	--------

PRESTAZIONI

Art.12 - Malattia e infortunio	pag. 10
Art.13 - Visite specialistiche	pag. 11
Art.14 - Diagnostica strumentale e di laboratorio	pag. 13
Art.15 - Ricoveri ospedalieri	pag. 15
Art.16 - Trasporto infermi	pag. 16
Art.17- Medicinali	pag. 17
Art.18 - Terapie fisiche riabilitative	pag. 18
Art.19 - Assistenza infermieristica privata	pag. 20
Art.20 - Cure odontostomatologiche e ortodontiche	pag. 20
Art.21 - Cure termali	pag. 22
Art.22 - Presidi e tutori ortopedici, strumenti protesici e di contenimento	pag. 22
Art.23 - Apparecchi acustici	pag. 23
Art.24 - Occhiali e lenti corneali	pag. 24
Art.25 - Latte artificiale	pag. 26

Allegati:

Tabella Rimborsi e Scoperti
Nomenclatore e tariffario delle prestazioni odontoiatriche
Scheda cure dentarie e prestazioni odontoiatriche
Modulo per la richiesta di rimborso
Modulo Istruzioni per inserimento e rinnovo familiari beneficiari
Istruzioni per pagamento quota associativa-pensionati
Modulo di richiesta adesione-pensionati

NORME GENERALI

Art. 1- Regolamento

Il presente Regolamento disciplina le prestazioni dell'Associazione Fondo di Solidarietà Interna Omnitel Vodafone (di seguito "Fondo"), rese in conformità all'Accordo sindacale ed allo Statuto che la reggono.

I documenti Allegati, riportati nella pagina dell'indice sono parte integrante del Regolamento.

Art. 2- Beneficiari

Hanno diritto alle prestazioni del Fondo (di seguito "Soci" o "Socio"):

- 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, sia convivente che separato, che non lavori o che risulti in possesso di un reddito inferiore o uguale ai limiti fissati per l'erogazione degli assegni familiari;
- 2) solo per i soci dipendenti il convivente more-uxorio, partner in unione civile, risultante dallo stato di famiglia, che non lavori o che risulti in possesso di un reddito inferiore o uguale ai limiti fissati per l'erogazione degli assegni familiari;
- 3) solo per i soci dipendenti i figli minori, conviventi, compresi i figli dati in affidamento ai soci;
- 4) solo per i soci dipendenti, i figli conviventi, compresi i figli dati in affidamento fino al compimento del 21° anno di età, purché fiscalmente a carico o che risultino in possesso di un reddito inferiore o uguale ai limiti fissati per gli assegni familiari, e fino al compimento del 26° anno di età, purché fiscalmente a carico o che risultino in possesso di un reddito inferiore o uguale ai limiti fissati per gli assegni familiari e regolarmente iscritti ad un corso universitario che rilasci un titolo legale di studi. Per gli studi all'estero sarà riconosciuto il medesimo trattamento se parificati ai corsi universitari Italiani;
- 5) solo per i soci dipendenti, i figli maggiorenni inabili, compresi i figli dati in affidamento, fiscalmente a carico o che risultino in possesso di un reddito inferiore o uguale ai limiti fissati per gli assegni familiari;
- 6) solo per i soci dipendenti i figli di cui ai punti, 3), 4) e 5), conviventi con il coniuge separato;
- 7) solo per i soci dipendenti i genitori conviventi che dimostrino di avere un reddito inferiore o uguale ai limiti fissati per l'erogazione degli assegni familiari.

8) i figli ed il coniuge superstite dei soci beneficiari dipendenti già titolari delle prestazioni del Fondo, possono mantenere il diritto alle prestazioni a titolo gratuito alle seguenti condizioni:

Figli: che essi rimangano a fiscalmente carico del genitore superstite, oppure che la pensione di reversibilità costituisca la principale fonte di reddito, non superi il limite fissato per l'erogazione degli assegni familiari, e nel caso in cui percepisca anche un reddito personale, la somma del reddito della pensione di reversibilità con il reddito personale, non superi il limite fissato per l'erogazione degli assegni familiari

Per i figli superstiti oltre i 21 anni e sino al compimento del 26° anno di età, che siano iscritti ad un corso universitario e se aventi diritto alla pensione di reversibilità che questa non superi il limite fissato per l'erogazione degli assegni familiari.

Nel caso in cui percepisca anche un reddito personale, la somma del reddito della pensione di reversibilità con il reddito personale, non superi il limite fissato per l'erogazione degli assegni familiari.

Coniuge beneficiario: già titolare delle prestazioni del fondo, che la pensione di reversibilità costituisca la principale fonte di reddito e non superi il limite fissato per l'erogazione degli assegni familiari.

Nel caso in cui percepisca anche un reddito personale, la somma del reddito della pensione di reversibilità con il reddito personale, non superi il limite fissato per l'erogazione degli assegni familiari.

NOTA BENE

I figli di genitori entrambi soci del Fondo, anche se di società socio sostenitrici diverse, dovranno essere inseriti nel nucleo familiare di un solo genitore e non potranno essere eseguiti cambi dal nucleo familiare di un genitore all'altro tranne nel caso di cessazione del diritto di uno dei due genitori soci intestari del fondo.

Art. 3 – Attestazione del diritto

Attraverso il portale web dedicato il socio dovrà provvedere ad inserire un nuovo familiare beneficiario o aggiornare la data diritto del familiare beneficiario già presente nel nucleo familiare del fondo.

Per il convivente more uxorio, partner in unione civile e i genitori conviventi si accetta lo stato di famiglia autocertificato.

Nel caso di coniuge e/o genitori a carico il socio dovrà allegare documentazione fiscale che comprovi i requisiti di reddito previsti dal precedente art.2.

Per Coniuge, convivente more uxorio, Partner in unione civile, genitori, il periodo di diritto decorre dal 01/07 al 30/06 dell'anno successivo. Il rinnovo è annuale. Il riferimento per il

diritto è la situazione reddituale dell'anno precedente nei limiti dettati dalla tabella di reddito dell'anno di riferimento.

La tabella dei massimali di reddito di riferimento è disponibile nel sito web.

Il socio dovrà allegare documentazione fiscale che comprovi i requisiti di reddito previsti dal precedente art.2.

Per i figli iscritti ad un corso universitario con età dai 21 e sino al compimento del 26° anno di età.

Periodo di diritto dall'01/11 al 31/10 dell'anno successivo.

Il socio dovrà allegare il documento comprovante l'iscrizione del figlio all'università con specificato l'anno accademico

Se il conseguimento della laurea avverrà prima del compimento del 26° anno di età, il figlio non potrà più essere familiare beneficiario del fsio vodafone e la data fine diritto corrisponderà all'ultimo giorno del mese nel quale conseguirà la laurea.

Per i coniugi dei soci pensionati il diritto decorrerà dall'01/01 al 31/12 e sarà rinnovato contestualmente al diritto del socio intestatario.

Rinnovo alla scadenza:

Per i familiari beneficiari inseriti (esclusi i figli sino al compimento del 21° anno di età), il rinnovo è annuale, Il socio riceverà notifica mail con avviso della scadenza del diritto entro due mesi dalla data di scadenza del diritto.

Per il rinnovo e le date di diritto vedi il "Modulo Istruzioni per inserimento e rinnovo familiari beneficiari" consultabile nel sito web

Per i figli superstiti con età superiore al compimento del 21° anno di età il rinnovo e il diritto è annuale con le medesime modalità del rinnovo del diritto dei figli iscritti all'università sino al compimento del 26° anno di età e con reddito come specificato per i figli superstiti all'art.2

Per il coniuge familiare superstite il rinnovo è annuale con presentazione della domanda, con mail o con posta, e con allegata la documentazione comprovante il reddito come specificato all'art. 2

Per la validazione del diritto, il modulo firmato che sarà creato nel portale, corredato di tutti i documenti richiesti per comprovare il diritto riferito al familiare beneficiario, dovrà essere inviato con email alla segreteria amministrativa del Fondo.

Art. 4 - Calcolo e versamento della quota associativa per pensionati

La quota associativa annua viene calcolata, con la percentuale pari alla somma della contribuzione versata dal socio sostenitore e socio beneficiario dipendente stabilita nell'art.4 dall'Accordo Sindacale istitutivo del Fondo, sul reddito annuo lordo risultante dal/dai **modello/i Certificazione Unica (CU) anno precedente**.

In caso di cessazione del rapporto di lavoro in corso d'anno la quota associativa per l'anno solare di riferimento viene calcolata "pro quota" per i mesi rimanenti successivi alla data di cessazione (il calcolo viene eseguito su 12 mesi) ed il versamento dovrà essere effettuato entro il mese successivo alla data di cessazione del rapporto di lavoro.

Parimenti, nel caso in cui venga meno la titolarità del diritto in corso d'anno, la quota associativa per l'anno solare di riferimento viene calcolata "pro quota" per i mesi o frazioni superiori a 15gg.

I costi amministrativi per la gestione della posizione sono a carico del socio in pensione e sono compresi nella percentuale di contribuzione annua.

In nessun caso verranno restituite le quote versate.

Per le modalità di pagamento della quota associativa e di invio della documentazione vedere gli allegati:

- Istruzioni per pagamento quota associativa pensionati
- Modulo di richiesta adesione pensionati

Art. 5 – Documenti per la richiesta di rimborso

Il Fondo riconoscerà il rimborso per le prestazioni sanitarie previste dal Regolamento solo se la richiesta è correlata dalle copie di documenti originali (a titolo esemplificativo: fattura, notula, parcella, ricevuta fiscale, prescrizioni mediche, scontrini fiscali), conformi all'originale.

Il Fondo, per il tramite delle strutture specializzate di cui si avvarrà, 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:

1. data di emissione e numero documento;
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).

7. per i professionisti tenuti a calcolare contributi previdenziali, la percentuale applicata e l'importo corrispondente.

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

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

In caso di valuta estera, allegare la documentazione relativa al cambio in euro alla data di emissione del documento di spesa.

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

Art. 6 - Criteri di rimborso

I documenti presentati devono essere relativi a prestazioni specifiche.

La richiesta di rimborso deve essere inserita ed inoltrata attraverso l'area riservata sul portale Web dedicato entro 60 gg. dalla data del documento di spesa, secondo la seguente modalità:

- accedere all'area riservata sul portale dedicato con le proprie credenziali;
- accedere alla funzione dedicata per richiedere rimborsi;
- inserire i dati relativi alla fattura e alla prestazione e allegare i file pdf relativi alla documentazione fiscale e clinica richiesta, come meglio specificato nei successivi articoli.

E' possibile inoltre consultare il riepilogo delle richieste di rimborso nella specifica funzione all'interno dell'area riservata.

Non inviare alcuna documentazione cartacea alla segreteria amministrativa del Fondo perché la documentazione richiesta dal Regolamento, per le singole prestazioni, nel momento della creazione della richiesta dovrà essere allegata con file pdf sul portale web.

Nel caso di cure dentistiche prolungate per le quali siano stati effettuati pagamenti tramite acconti, la richiesta di rimborso deve essere inserita attraverso il portale Web solo al momento di emissione della fattura a saldo, inserendo solo i dati del documento a saldo ed allegando alla richiesta di rimborso anche copia di tutte le fatture di acconto. Viene fatta eccezione per i Trattamenti Ortodontici mobili o fissi per i quali vengono pagate anche le sole fatture di acconto. Si precisa che in caso di finanziamenti verranno rimborsati solo gli importi riferiti a rate già pagate.

In caso di risoluzione del rapporto di lavoro, il rimborso delle eventuali spese riferite e sostenute in costanza del rapporto, deve essere richiesto entro i 30 giorni successivi alla cessazione dello stesso, ancorché non sia scaduto il termine previsto da questo stesso articolo per la validità dei documenti.

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

In nessun caso vengono comprese nella spesa riconosciuta, come base di calcolo per il rimborso, le eventuali spese di bolli applicati.

In nessun caso vengono comprese nella spesa riconosciuta, come base di calcolo per il rimborso, le eventuali spese di contributi previdenziali.

Il previsto contributo 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.

Nel caso di rimborsi di altre forme Assicurative Private (non SSN o enti Pubblici) l'eventuale somma già rimborsata non potrà essere presentata al Fondo per il rimborso. Qualunque importo indebitamente o erroneamente ricevuto dovrà essere restituito.

Art. 7 - Modalità di rimborso

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

Il beneficiario potrà verificare attraverso il portale web dedicato lo stato delle richieste di rimborso inoltrate, e nel caso di richieste non in regola con quanto dettato dal Regolamento riceverà via e-mail l'avviso per accedere all'area riservata dove consultare la funzione riepilogo dei rimborsi, per visionare le prestazioni rimborsate, per informazioni relative a prestazioni non rimborsabili o per richieste di integrazione documentazione e/o informazioni indispensabili per il calcolo del rimborso. I documenti relativi alle integrazioni richieste dovranno essere inviate in formato pdf attraverso l'area riservata.

I rimborsi, erogati in euro, sono arrotondati per difetto/eccesso al centesimo.

Art.7.bis- Prestazioni sanitarie effettuate presso la rete di strutture sanitarie convenzionate

Le prestazioni sanitarie di cui ai successivi art. 13,14,18,20 possono essere effettuate anche presso le strutture sanitarie convenzionate senza sostenere la spesa, al netto di eventuali scoperti a carico del Socio, come indicato nella "Tabella Rimborsi e Scoperti".

Il Socio potrà accedere alla sua area riservata sul portale web dedicato con le credenziali ricevute, all'interno della quale potrà:

- consultare le strutture sanitarie convenzionate;
- richiedere la presa in carico per poter effettuare le prestazioni sanitarie convenzionate presso la struttura scelta indicando data e ora dell'appuntamento fissato in autonomia;
- visionare il riepilogo degli appuntamenti ed eventualmente modificarli o cancellarli.

Si precisa che per fruire delle prestazioni sanitarie previste dal Regolamento presso la rete di strutture convenzionate sarà necessario presentare la prescrizione medica alla struttura sanitaria, come successivamente meglio specificato negli articoli specifici.

Art. 8 - Prescrizioni mediche

La validità di una prescrizione medica, anche in caso di cure prolungate, **non può superare i 12 mesi dalla data di emissione**, fatta eccezione per:

- le prescrizioni per occhiali, lenti a contatto, da allegare anche per l'acquisto della sola montatura, e/o liquidi per lenti a contatto, che hanno validità 24 mesi dalla data di emissione.
- le prescrizioni, per le cure prolungate, come ad esempio terapie fisiche riabilitative, psicoterapia, medicinali, altro, dovranno sempre essere allegate alle singole richieste di rimborso e saranno valide nei limiti del numero di prestazioni prescritte.

Art. 9 - Riservatezza

Qualsiasi notizia concernente lo stato di salute dei soci è strettamente riservata. Coloro che ne abbiano notizia per ragioni del proprio mandato sono tenuti al segreto.

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 Tecnico-Direttivo in rarissimi casi di grave necessità assistenziale per il dipendente e per prestazioni non previste nel presente Regolamento (esempio: per ricoveri e/o interventi chirurgici) può disporre interventi straordinari in casi individuali, qualora sussista la sostenibilità del Fondo.

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

Art. 11 - Modifiche

Fermo restando quanto disposto dall'art. 23 dello Statuto, è facoltà del Consiglio di Amministrazione del F.S.I.O., su proposta formulata, ai sensi dell'art. 17 lettera f) dello Statuto, da parte del Comitato Tecnico-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, nelle seguenti misure:

- fino ad un massimo del +/- 15% annuo per singola voce di spesa;
- in alternativa o contemporaneamente alle modifiche apportate con le modalità prima indicate, il Consiglio di Amministrazione ha facoltà di variare, non più di una volta l'anno, le periodicità previste nella tabella allegata, con incrementi fino al doppio o riduzioni fino alla metà.

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

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

Art. 12 - Malattia e infortunio

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 affetti da malattie croniche gravi o da neoplasie, nonché per le situazioni che per prospettive prognostiche siano assimilabili a quelle precedentemente indicate nel presente

capoverso, sia nel caso di cessazione totale della corresponsione della retribuzione che nel caso di parziale riduzione della retribuzione stessa.

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

Per poter usufruire dell'intervento il dipendente deve farne espressa richiesta, facendo pervenire al Fondo la documentazione, anche sanitaria, necessaria alla valutazione del caso, da parte di un consulente specializzato.

Gli interventi del Fondo dovranno in ogni caso tenere conto di tutte le prestazioni economiche erogate a qualsiasi titolo dagli Enti pubblici, di previdenza e assicurazione sociale, nonché della situazione individuale del richiedente rispetto al complessivo periodo di comports o della relativa aspettativa prevista dall'art 36 c.15 del vigente ccnl di categoria che dovranno essere dichiarate dal dipendente e non potranno ad alcun titolo coprire gli effetti di sanzioni economiche disposte in forza di norme di legge o di contratto.

Art. 13 - Visite Specialistiche

Il Fondo riconosce la spesa per visite specialistiche, anche eseguite in regime di convenzione SSN (ticket), come da "Tabella Rimborsi e Scoperti".

Sono assimilate alle visite specialistiche:

- le sedute ambulatoriali o domiciliari di chemioterapia parenterale endoscopica antitumorale eseguita da clinici o chirurghi oncologi;
- le visite mediche omeopatiche effettuate da medici chirurghi omeopati;
- le infiltrazioni endoarticolari eseguite, sempre per finalità antalgiche, da medici chirurghi specialisti ortopedici o reumatologi;
- le visite dietologiche effettuate da:
 - medici chirurghi specialisti in scienza dell'alimentazione e medici chirurghi specialisti in endocrinologia e malattie del metabolismo e ricambio per casi di grave obesità/magrezza;
 - medici chirurghi specialisti in endocrinologia e malattie del metabolismo e ricambio per le malattie del metabolismo e del sistema endocrino.

- le prestazioni di piccola chirurgia ambulatoriale collegata alle visite di alcune branche specialistiche, come ad esempio: la dermatologia, o come la ginecologia.

Non sono riconosciute le spese sostenute per:

- le visite per rilascio di certificati di idoneità all'attività sportiva, per il rilascio della patente, medico-legali, o comunque qualsiasi visita finalizzata a rilascio di certificati, visite mediche ambulatoriali di medici generici, guardie mediche, guardie turistiche.
- le visite specialistiche di carattere estetico;
- trattamenti laser con finalità estetiche

Sono riconosciute solo ed esclusivamente le visite mediche specialistiche eseguite da medici chirurghi specialistici, di conseguenza non vengono riconosciute dal Fondo ad esempio:

- visite podologiche eseguite da podologi, visite optometriste eseguite da optometristi, visite oculistiche eseguite da ottici, visite osteopatiche, eseguita da osteopati, visite ortopediche eseguite da fisioterapisti, visite ostetriche eseguite da ostetriche ecc.

Per le sedute di psicoterapia e per quelle psicoanalitiche é previsto il riconoscimento della spesa, alle seguenti condizioni:

- a) che la prescrizione di tali terapie sia rilasciata da specialisti psichiatri, neuropsichiatri, neurologi, pediatri (solo per gli assistiti sino al compimento del 14°anno di età) o dal medico chirurgo di base;
- b) che le sedute di psicoterapia o psicoanalitiche vengano effettuate da psicologi iscritti all'Albo degli psicologi/psicoterapeuti, medici chirurghi specialisti psichiatri o neurologi.

Documentazione da presentare alle Segreteria Amministrativa del Fondo per richiedere il rimborso attraverso l'area riservata:

- la fattura quietanzata del medico chirurgo da cui risulti il nome e la specializzazione dello stesso, tipo e numero di visite (es. visita specialistica cardiologica, oculistica ecc.) e relativo importo.
In caso di fatture rilasciate da strutture private (centri, case di cura, altra struttura) far specificare sempre in fattura il nome del medico chirurgo, la specializzazione, tipo di visita eseguita, oppure inviare il foglio di diagnosi o di prescrizione

(diagnostica, o farmaci, altro) dove si evinca chiaramente il nome del medico chirurgo, la specializzazione e il tipo di visita eseguita.

- la prescrizione medica, del medico specialista o del medico di medicina generale, contenente la patologia o il quesito diagnostico, con attinenza tra la specialità del medico prescrittore e la prestazione richiesta.
- Per avere il rimborso di prestazioni in regime di ticket dal documento di spesa si dovrà evincere chiaramente la dicitura “ticket” o “franchigia per ticket SSN” o “quota ticket” o “quota ricetta” o “compartecipazione alla spesa sanitaria”. Nel caso non fosse specificato in modo chiaro, è accettato, a supporto, anche il documento di prenotazione dell'esame dove dovrà essere riportato che si tratta di visita in regime di ticket.

n.b. Nel caso in cui la visita sia stata eseguita insieme alla diagnostica (ad esempio visita specialistica ginecologica con pap test, eco, altra diagnostica) dovrà essere specificata la spesa sostenuta per la visita e la spesa per la diagnostica e per quest'ultima sarà applicata la percentuale di rimborso e il massimale previsto nella Tabella Rimborsi e Scoperti.

Per gli interventi chirurgici e ambulatoriali il medico chirurgo specialista dovrà specificare il tipo di intervento eseguito.

Per le visite dietologiche dovrà essere specificato in modo chiaro nel documento di spesa, o altro documento rilasciato al medico chirurgo specialista che ha eseguito la visita, la diagnosi clinica.

Per le sedute di psicoterapia e psicoanalitiche, non eseguite da medici chirurghi specialisti psichiatri, neuropsichiatri o neurologi, è necessario presentare in aggiunta ai documenti sopra indicati la prescrizione dello specialista psichiatra, neuropsichiatra, neurologo, pediatra (solo per gli assistiti sino al compimento del 14° anno di età) o dal medico chirurgo di base; il timbro o l'attestazione con specificato il numero di iscrizione all'Albo degli psicologi/psicoterapeuti per quanto attiene agli psicologi.

Per gli assistiti sino al compimento del 14° anno di età, non saranno riconosciuti al pari degli Psicologi o Psicoterapeuti le figure di Educatori dell'infanzia, Pedagogisti, o altre figure che non abbiano l'iscrizione all'Albo degli psicologi/psicoterapeuti.

Percentuali e massimali di rimborso sono consultabili nella Tabella Rimborsi e Scoperti scaricabile dal sito web.

Documentazione per richiedere l'autorizzazione ad effettuare la prestazione sanitaria nelle strutture sanitarie convenzionate attraverso l'area riservata:

- la prescrizione medica, del medico specialista o del medico di medicina generale, contenente la patologia o il quesito diagnostico, con attinenza tra la specialità del medico prescrittore e la prestazione richiesta; la prescrizione medica sarà da consegnare alla struttura sanitaria il giorno dell'appuntamento;
- data, ora e nome della struttura sanitaria dove è stato fissato l'appuntamento per l'esecuzione della prestazione sanitaria.

Art. 14 - Diagnostica strumentale e di laboratorio

Il Fondo riconosce le spese relative ad esami specialistici, quali analisi di laboratorio, radiografie e tomografie, ecografie e flussimetrie doppler a condizione che siano prescritti dal medico chirurgo di base SSN o specialista con attinenza tra la prestazione prescritta e la specialità

Il Fondo rimborsa anche la diagnostica eseguita in regime di convenzione con SSN(ticket).

Non saranno in nessun caso riconosciuti dal Fondo esami diagnostici non riconducibili alla medicina tradizionale come ad esempio il Vega Test, Test iridologico, altri.

Diagnostica Per Maternità

Il fondo riconosce le spese relative ad esami specifici riguardanti lo stato di salute del feto prescritti da medici chirurghi specialisti o di base.

I casi di altri accertamenti diagnostici specifici, in fase preconcezionale, per accertare una presunta anomalia del feto, saranno presentati e valutati secondo quanto previsto nell'art. 10.

Documentazione da presentare alle Segreteria Amministrativa del Fondo per richiedere il rimborso attraverso l'area riservata:

- la prescrizione medica, del medico di base o specialista, contenente la patologia o il quesito diagnostico, con attinenza tra la specialità del medico prescrittore e la prestazione richiesta;
- la fattura quietanzata della prestazione di diagnostica con l'elenco degli esami effettuati.

Per avere il rimborso di prestazioni in regime di ticket dal documento di spesa si dovrà evincere chiaramente la dicitura "ticket" o "franchigia per ticket SSN" o "quota ticket" o

“quota ricetta” o “compartecipazione alla spesa sanitaria”. Nel caso non fosse specificato in modo chiaro, è accettato, a supporto, anche il documento di prenotazione dell'esame dove dovrà essere riportato che si tratta di diagnostica in regime di ticket.

n.b. Nel caso in cui la diagnostica sia stata eseguita insieme alla visita specialistica (ad esempio visita specialistica ginecologica con pap test, ecg, altra diagnostica) dovrà essere specificata la spesa sostenuta per la diagnostica e la spesa per la visita e a quest'ultima sarà applicata la percentuale di rimborso e il massimale previsto in tabella per le visite specialistiche.

Percentuali e massimali di rimborso sono consultabili nel Tabella Rimborsi e Scoperti scaricabile dal sito web.

Documentazione per richiedere l'autorizzazione ad effettuare la prestazione sanitaria nelle strutture sanitarie convenzionate attraverso l'area riservata:

-la prescrizione medica (medico di base o specialista) contenente la patologia o il quesito diagnostico, con attinenza tra la specialità del medico prescrittore e la prestazione richiesta; la prescrizione medica sarà da consegnare alla struttura sanitaria il giorno dell'appuntamento;

-data, ora e nome della struttura sanitaria dove è stato fissato l'appuntamento per l'esecuzione della prestazione sanitaria.

Art. 15 - Ricoveri ospedalieri

Il Fondo interviene in casi di particolare rilevanza clinica e terapeutica, come da art.10 del presente documento , emerge l'impossibilità di garantire un sufficiente livello di assistenza e/o di rapidità di intervento presso le strutture pubbliche o, ancora, nei casi di non sufficiente copertura economica da parte dell'SSN per prestazioni autorizzate in strutture private con essa convenzionate.

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

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

Il Fondo rimborsa la spesa per l'intervento di fecondazione assistita secondo i massimali e la tempistica riportati nella tabella allegata.

Il Fondo rimborsa la spesa per l'intervento oculistico laser di riduzione miopia/astigmatismo a partire da una correzione ottica di almeno +/- 3 diottrie con la percentuale riportata in Tabella Rimborsi e Scoperti.

Documentazione da presentare alle Segreteria Amministrativa del Fondo:

- fattura quietanzata relativa alle spese di degenza per cambio di classe o comfort alberghiero; ovvero fattura quietanzata del ginecologo per l'assistenza al parto;_ovvero fattura quietanzata del ginecologo/centro medico specialistico per l'intervento di fecondazione assistita; ovvero fattura quietanzata dell'oculista/centro medico specialistico per l'intervento di riduzione miopia/astigmatismo.
- la prescrizione medica, del medico di base o specialista, contenente la patologia o il quesito diagnostico, con attinenza tra la specialità del medico prescrittore e la prestazione richiesta;

Nota bene: in caso di emissione di più fatture per il medesimo intervento di fecondazione assistita sarà necessario inviare le fatture con unica richiesta inserendo come data documento quella dell'ultima fattura emessa.

In caso di fatture emesse da un centro estero inviare la documentazione come specificato nell'art. 5 – Documenti di rimborso.

Percentuali e massimali di rimborso sono consultabili nella Tabella Rimborsi e Scoperti scaricabile dal sito web.

Art. 16 - Trasporto infermi

Il Fondo rimborsa 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.);
3. Nei casi di trasferimenti effettuati con altri mezzi di trasporto per consulti specialistici o ricoveri ospedalieri a una distanza superiore a 50 Km dal luogo di residenza, il Fondo, secondo quanto previsto dall' Art.10 del presente documento, potrà rimborsare il viaggio per il paziente e, nei casi particolari, per un accompagnatore, secondo le tariffe ferroviarie vigenti per la I classe.

Documentazione da presentare alla Segreteria Amministrativa del Fondo per richiedere il rimborso attraverso l'area riservata:

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

Percentuali e massimali di rimborso sono consultabili nella Tabella Rimborsi e Scoperti scaricabile dal sito web.

Art. 17 - Medicinali

Il Fondo rimborsa la spesa relativa a:

- vaccini desensibilizzanti prescritti da medici chirurghi specialisti allergologi o pediatri (solo per gli assistiti sino al compimento del 14°anno di età);
- farmaci reperibili solo all'estero tutti i farmaci, e dispositivi medici anticoncezionali, prescritti esclusivamente da medici chirurghi specialisti (non da medici chirurghi generici di base) con indicazione di patologia o quesito diagnostico, riportati nella Tabella Rimborsi e Scoperti scaricabile dal sito web;
- forniture di ossigeno per ossigenoterapia domiciliare;
- i prodotti della medicina omeopatica prescritti da medici chirurghi che praticano omeopatia;
- spese sostenute per l'acquisto di acido ialuronico finalizzato ad infiltrazioni osteoarticolari;
- spese relative a vaccinazioni non obbligatorie, ma prescritte dai medici curanti o specialisti anche in regime di ticket, con specificato che si tratta di vaccinoterapia. In mancanza della specifica, il vaccino sarà considerato farmaco e di conseguenza entrerà nel massimale di rimborso come specificato nella Tabella Rimborsi e Scoperti.

Sono esclusi da qualsiasi forma di rimborso i prodotti, non riconducibili a farmaci, i parafarmaci, i preparati galenici, i fitofarmaci, dispositivi medici, farmaci quali a titolo esemplificativo viagra, prodotti dietologici, prodotti di dermocosmesi e da banco.

In nessun caso saranno rimborsati i ticket farmaci o quota ricetta farmaco.

Documentazione da presentare alla Segreteria Amministrativa del Fondo per richiedere il rimborso attraverso l'area riservata:

- la prescrizione medica, del medico di base, specialista o dell'Ente Ospedaliero, contenente la patologia o il quesito diagnostico, con attinenza tra la specialità del medico prescrittore e il farmaco prescritto contenente il nome e cognome del paziente e la data di emissione.
- per tutti i farmaci, compresi i farmaci reperibili solo all'estero e le forniture di ossigeno, lo scontrino fiscale riportante la denominazione, la quantità e il prezzo del farmaco, oltre al codice fiscale del beneficiario, il codice AIC del farmaco, con allegata la copia della fustella adesiva presente sulla confezione, o copia della scatola (contenitore del farmaco), che riporti il codice ed il nome del farmaco;
- per i farmaci generici acquistati in sostituzione del farmaco prescritto, ma con medesimo principio attivo, allegare anche la dichiarazione del farmacista, o del medico chirurgo o specialista che ha prescritto il farmaco, dove sia certificata l'equivalenza del farmaco generico acquistato in sostituzione del farmaco prescritto;
- per i prodotti della medicina omeopatica allegare anche la prescrizione del medico chirurgo specializzato in omeopatia, lo scontrino fiscale con il codice del prodotto e copia della scatola (contenitore) che riporti il nome corrispondente;
- per l'acquisto di acido ialuronico prescrizione del medico chirurgo specialista ortopedico o fisiatra o specializzato in medicina dello sport con specificata la patologia, e fattura quietanzata con specificato il farmaco acquistato.

Se fattura estera vedere l'art. 5 "Documenti di rimborso".

Percentuali e massimali di rimborso sono consultabili nella Tabella Rimborsi e Scoperti scaricabile dal sito web.

Art. 18 - Terapie fisiche riabilitative

Regime ordinario.

Il Fondo riconosce la spesa per terapie fisiche e riabilitative, erogate dall' SSN, ticket, o in regime privato come di seguito dettagliato:

- le cure di malattie acute e/o degenerative dell'apparato osteo-articolare-muscolare, prescritte da medici chirurghi specialisti ortopedici, fisiatristi, specialisti in medicina dello sport, neurochirurghi, reumatologi, neurologi;
- le cure di malattie dell'apparato vocale, respiratorio, prescritte da medici chirurghi otorinolaringoiatri, foniatristi;
- le cure di malattie dell'apparato visivo, prescritte da medici chirurghi specialisti oculisti o oftalmologi;
- le cure di malattie dell'apparato circolatorio, prescritte da medici chirurghi specializzati nella branca attinente la patologia.

Il Fondo riconosce le terapie prescritte da medici chirurghi specialisti finalizzate a risolvere carenze neurologiche, neuropsicologiche, cognitive, sensoriali, relazionali come: logopedia, psicomotricità, ippoterapia, talassoterapia, non riconducibili a sedute di psicoterapia, queste ultime regolamentate dall'art.13 Visite specialistiche.

Per i beneficiari sino al compimento del 14° anno di età queste terapie potranno essere prescritte anche da medici chirurghi specialisti in pediatria.

Il Fondo riconosce le prestazioni fornite da medici chirurghi algologi per la terapia del dolore ivi comprese le sedute di agopuntura. Le sedute prestate da personale non qualificato, quindi non eseguite da medici chirurghi, non saranno ritenute valide ai fini del calcolo del rimborso.

Regime speciale.

Il Fondo non riconosce le spese relative a terapie fisiche finalizzate a scopi estetici.

Qualora le suddette terapie abbiano scopo esclusivamente curativo verranno rimborsate solo quelle elencate nella Tabella Rimborsi e Scoperti con la percentuale ed il massimale ivi previsti. Si precisa che per le prestazioni quali linfodrenaggio, pressoterapia, saranno riconosciute solo in caso di patologia accertata, e non sarà riconosciuto lo shiatsu.

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Documentazione da presentare alla Segreteria Amministrativa del Fondo per richiedere il rimborso attraverso l'area riservata:

- la prescrizione medica, del medico di base o specialista, contenente la patologia o il quesito diagnostico, con attinenza tra la specialità del medico prescrittore e la prestazione richiesta, il tipo e il numero delle terapie prescritte.
n.b. per le prescrizioni riportanti invece del numero di terapie la dicitura "ciclo", il numero di terapie considerate sarà di 10 sedute;

- la fattura quietanzata della spesa sostenuta da cui risulti il nome e la specializzazione del professionista sanitario che ha eseguito la prestazione, tipo e numero di terapie svolte e relativo importo.

In caso di fatture rilasciate da strutture private (centri, case di cura, altra struttura) far specificare sempre in fattura il nome del professionista sanitario, la specializzazione, il tipo di terapia eseguita.

Per avere il rimborso di prestazioni in regime di ticket dal documento di spesa si dovrà evincere chiaramente la dicitura “ticket” o “franchigia per ticket SSN” o “quota ticket” o “quota ricetta” o “compartecipazione alla spesa sanitaria”.

Nel caso non fosse specificato in modo chiaro, è accettato, a supporto, anche il documento di prenotazione della terapia dove dovrà essere riportato che si tratta di terapia in regime di ticket.

Si precisa che verranno rimborsate le terapie fisiche effettuate da fisioterapisti iscritti all'Albo.

Percentuali e massimali di rimborso sono consultabili nella Tabella Rimborsi e Scoperti scaricabile dal sito web.

Documentazione per richiedere l'autorizzazione ad effettuare la prestazione sanitaria nelle strutture sanitarie convenzionate attraverso l'area riservata:

-la prescrizione medica, del medico di base o specialista, contenente la patologia o il quesito diagnostico, con attinenza tra la specialità del medico prescrittore e la prestazione richiesta, il tipo e il numero di terapie fisiche prescritte. La prescrizione medica sarà da consegnare alla struttura sanitaria il giorno dell'appuntamento;

-data, ora e nome della struttura sanitaria dove è stato fissato l'appuntamento per l'esecuzione della prestazione sanitaria

Art. 19 - Assistenza infermieristica privata

Il Fondo rimborsa le spese per assistenza infermieristica privata, secondo quanto riportato all'Art. 10 del presente documento fornita in forma diretta o per il tramite di organizzazioni di categoria, da personale dotato di diploma o titolo equipollente, relativamente a patologie particolarmente gravi, nelle quali si renda necessaria un'assistenza di almeno tre ore giornaliere consecutive da parte di personale paramedico.

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

I quadri clinici di riferimento ed i periodi massimi assistibili, anche non continuativamente, per anno (01 Gennaio-31 dicembre) sono i seguenti:

Scompenso cardiocircolatorio (fase acuta)	720 ore
Forme di patologia neurologica e psichiatrica gravi (fasi acute)	2160 ore
Ictus Cerebrale	2160 ore
Neoplasie maligne in fase terminale	2160 ore
Episodi acuti particolarmente gravi (decorsi post-chirurgici, politraumatizzati)	720 ore

Documentazione da presentare alla Segreteria Amministrativa del Fondo per richiedere il rimborso attraverso l'area riservata:

- una relazione medica dettagliata sulle condizioni cliniche e la necessità di assistenza del paziente;
- la fattura quietanzata della spesa sostenuta, con la precisazione del numero di ore di assistenza prestate.

Art. 20 - Cure odontostomatologiche e ortodontiche

Odontostomatologia.

Il Fondo riconosce le prestazioni di chirurgia orale, di terapia conservativa e protesica (fissa e mobile), inserite nel documento Nomenclatura e tariffario delle prestazioni odontoiatriche, allegato.

Il rimborso delle prestazioni eseguite in regime di convenzionamento (ticket) è erogato nella misura prevista nella Tabella Rimborsi e Scoperti allegata.

Ortodonzia.

Il Fondo riconosce le prestazioni per le terapie ortodontiche, inserite nel nomenclatore allegato, Nomenclatura e tariffario delle prestazioni odontoiatriche.

In caso di passaggio nello stesso anno solare di cura dall'apparecchio fisso all'apparecchio mobile o viceversa, verrà erogato in ogni caso un massimale non superiore a quello previsto per l'apparecchio fisso.

Condizione indispensabile per il riconoscimento delle cure odontostomatologiche ed ortodontiche sarà l'effettuazione delle cure da parte di medici dentisti o odontoiatri iscritti all'Albo oppure da parte dell'igienista dentale solo in caso di ablazione tartaro, sigillatura solchi, trattamento chimico della ipersensibilità dentale e profilassi, courettage gengivale.

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

Il riconoscimento delle spese per tutte le cure odontoiatriche è soggetto ad un massimale annuo per nucleo familiare come indicato nella Tabella Rimborsi e Scoperti.

In nessun caso vengono riconosciute le corone o elementi provvisori, l'anestesia, le singole radiografie endorali, lo studio del caso.

Documentazione da presentare alla Segreteria Amministrativa del Fondo per richiedere il rimborso attraverso l'area riservata:

- la Scheda cure dentarie e prestazioni odontoiatriche, scaricabile dal sito web, debitamente compilata in ogni sua parte dal medico chirurgo specialista dentista o odontoiatra, o dall'igienista dentale solo per le cure previste dal regolamento e sopra-riportate;
- la/le fattura/e quietanzata/e della spesa sostenuta; non vengono rimborsate, eccetto che per le cure ortodontiche, le fatture di acconto che dovranno essere presentate con la fattura di saldo alla conclusione di ogni singola prestazione. Solo in questo caso le fatture di acconto non vengono considerate scadute anche se presentate per il rimborso dopo due mesi dalla data del documento di spesa. Si precisa che in caso di finanziamenti verranno rimborsati solo gli importi riferiti a rate già pagate.
- OPT e/o rx endorale e le foto eseguite pre e post cura limitatamente alle prestazioni indicate nel documento "Nomenclatura e tariffario delle prestazioni odontoiatriche".
- copia rilasciata dall'odontoiatra della certificazione di conformità, del laboratorio odontotecnico che ha realizzato i manufatti prescritti dal odontoiatra curante, secondo quanto disposto dalla normativa comunitaria in materia (vd. Dir. 93/42/CEE) limitatamente alle prestazioni indicate nel "Nomenclatura e tariffario delle prestazioni odontoiatriche".

Per avere il rimborso di prestazioni in regime di ticket dal documento di spesa si dovrà evincere chiaramente la dicitura "ticket" o "franchigia per ticket SSN" o "quota ticket" o "quota ricetta" o "compartecipazione alla spesa sanitaria"; nel caso non fosse specificato in modo chiaro, è accettato, a supporto, anche il documento di prenotazione dell'esame dove dovrà essere riportato che si tratta di cure dentarie in regime di ticket.

Percentuali e massimali di rimborso sono consultabili nel documento Nomenclatura e Tariffario delle prestazioni odontoiatriche, Tabella Rimborsi e Scoperti scaricabili dal sito web.

Documentazione per richiedere l'autorizzazione ad effettuare la prestazione sanitaria nelle strutture sanitarie convenzionate attraverso l'area riservata:

- il Socio dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa (in alternativa il Centro odontoiatrico convenzionato contatterà direttamente con la Centrale Operativa) al fine di attivare la verifica della copertura e la conseguente trasmissione della presa in carico al centro odontoiatrico relativa alle prestazioni sanitarie cui il Socio stesso ha diritto.
- In occasione della prima richiesta nella struttura sanitaria convenzionata, il dentista provvederà all'effettuazione della prima visita e redigerà la Scheda cure dentarie e prestazioni odontoiatriche, relativa all'apparato masticatorio del Socio, mentre le eventuali prestazioni necessarie saranno elencate nel piano terapeutico.

Il dentista invierà alla Centrale Operativa:

- la Scheda cure dentarie e prestazioni odontoiatriche compilata in ogni parte;
- l'eventuale piano terapeutico, condiviso con il Socio, insieme ai referti, alle radiografie, ecc.;

Successivamente all'esame di tale documentazione la Centrale Operativa provvederà ad inviare alla struttura convenzionata la presa in carico relativa alle prestazioni che rientrano in copertura.

La presa in carico varrà nei limiti temporali nella stessa indicati, fino alla concorrenza dei massimali e nei limiti previsti dalla singola copertura come indicato nella Tabella Massimali e Scoperti.

All'atto dell'effettuazione delle prestazioni, il Socio dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la propria identità e sottoscrivere la lettera di impegno.

Il Fondo provvederà, nei limiti e massimali indicati della Tabella Massimali e Scoperti, a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni prese in carico.

Art. 21 - Cure termali

Il Fondo rimborsa le spese sostenute per le cure termali prescritte dal medico chirurgo di base, (sono comunque escluse le spese di natura alberghiera) sempreché siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato o presso Istituti autorizzati all'esercizio delle attività sanitarie termali.

Non vengono riconosciute le prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

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

Le cure termali suppletive per l'apparato vocale, o respiratorio, seguiranno le regole delle terapie fisiche riabilitative, secondo art. 18 Terapie fisiche riabilitative.

Documentazione da presentare alla Segreteria Amministrativa del Fondo per richiedere il rimborso attraverso l'area riservata:

- la ricevuta quietanzata del ticket da cui risulti inequivocabilmente la dicitura "ticket".
- Prescrizione del medico di base riportante la patologia e il quesito diagnostico.

Percentuali e massimali di rimborso sono consultabili nella Tabella Rimborsi e Scoperti scaricabile dal sito web.

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

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

- scarpe ortopediche a condizione che siano fornite da officine ortopediche specializzate, e con esclusione quindi di calzature fabbricate in serie;
- tutori ortopedici del tipo di collari, busti, ginocchiere, cavigliere, ecc;
- 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 medici chirurghi specializzati nella branca attinente la patologia;
- protesi mammarie in mastectomizzate, parrucche, ecc.;
- protesi oculari nella misura eventualmente eccedente quella del rimborso previsto dal SSN (Legge 30 marzo 1971, n° 118);

- noleggio/acquisto di: lettini antidecubito, carrozzelle, bastoni canadesi, apparecchi per aerosolterapia e ventilatori polmonari.

Non beneficiano del contributo del fondo i mezzi di protezione e/o contenimento acquistati per attività sportiva e l'acquisto/noleggio di apparecchi per fisioterapia.

Potranno eventualmente essere rimborsate secondo quanto riportato all' Art. 10 del presente documento, le spese relative a presidi e tutori ortopedici atti ad "accessoriare" mezzi di trasporto di grandi invalidi (carrozzelle), che non beneficiano per questo della copertura dell'SSN.

Documentazione da presentare alla Segreteria Amministrativa del Fondo per richiedere il rimborso attraverso l'area riservata:

- la prescrizione del medico chirurgo specialista competente;
- la fattura quietanzata d'acquisto e/o noleggio.
- dichiarazione medica o del laboratorio, che confermi che il presidio sanitario fornito è stato confezionato su misura, limitatamente ai casi in cui l'acquisto dei presidi sanitari sia fatturato direttamente dal medico specialista.

Percentuali e massimali di rimborso sono consultabili nella Tabella Rimborsi e Scoperti scaricabile dal sito web

Art. 23 - Apparecchi acustici

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

Il rimborso è ripetibile con la periodicità prevista nella Tabella Rimborsi e Scoperti. Viene rimborsato anche il costo di riparazione degli apparecchi.

Documentazione da presentare alla Segreteria Amministrativa del Fondo per richiedere il rimborso attraverso l'area riservata:

- la prescrizione medica dello specialista contenente la patologia o il quesito diagnostico, con attinenza tra la specialità del medico prescrittore e la prestazione richiesta.
- la fattura quietanzata di acquisto e/o riparazione;

Percentuali e massimali di rimborso sono consultabili nella Tabella Rimborsi e Scoperti.

Art. 24 - Occhiali e lenti corneali

Il Fondo rimborsa la spesa relativa all'acquisto di lenti correttive per vizi visivi, con i limiti previsti nella Tabella Rimborsi e Scoperti.

Si precisa che possono essere rimborsati contemporaneamente, occhiali e LAC.

a) Occhiali

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

E' previsto il rimborso delle lenti progressive o bifocali.

Non sono previsti rimborsi per occhiali prestampati.

Nota Bene: le lenti neutre o con difetto visivo inferiore a 0,50 diottrie per ogni lente, non saranno rimborsate.

E' previsto il rimborso della montatura nella misura indicata nella tabella Rimborsi e Scoperti scaricabile dal sito web, purché il vizio sia quello sopraindicato.

Salvo variazioni documentate del visus, la frequenza del rimborso per occhiali (sia per lenti che per montatura) è la seguente:

- fino al compimento di 18 anni di età: una volta ogni anno;

- oltre i 18 anni: una volta ogni due anni.

b) Lenti corneali (LAC)/Lenti usa e getta

Per le lenti corneali il rimborso è previsto per difetti visivi a partire da 1 diottria per ogni lente.

Il Fondo prevede il rimborso per lenti corneali morbide, semirigide o rigide, lenti "usa e getta" con il massimale annuo previsto nella Tabella Rimborsi e Scoperti.

Nota Bene: lac neutre o con difetto visivo inferiore a 1 diottria per ogni lente, non saranno rimborsate.

Il Fondo rimborsa il liquido e/o le compresse per la pulizia ed il mantenimento delle LAC per l'importo massimo annuo indicato nella Tabella Rimborsi e Scoperti.

Documentazione da presentare alla Segreteria Amministrativa del Fondo per richiedere il rimborso attraverso l'area riservata:

- la prescrizione valida del medico chirurgo specialista oculista o oftalmologo redatta su apposito modulo con lunette da cui si evincano chiaramente le diottrie mancanti per ogni occhio e l'indicazione della nuova variazione di visus (le diciture come: "lente in uso", "sua lente", o altro tipo di descrizione non riportante il difettivo visivo non sarà ritenuta valida) e il tipo di lenti che dovranno essere acquistate: lontano o vicino o permanente o progressive. Questa prescrizione dovrà essere inviata anche per il solo acquisto della montatura, del liquido e/o compresse per la pulizia delle lac;
- la fattura dell'ottico nella quale sia indicato il costo separato delle lenti, della montatura oltre che il tipo di lenti fornite, che dovranno corrispondere per tipologia e difetto visivo alle prescritte dal medico chirurgo specialista.
- la fattura dell'ottico per l'acquisto delle LAC;
- la fattura quietanzata, o scontrino fiscale per l'acquisto del liquido e/o compresse per la pulizia delle LAC, con specificato in modo chiaro il prodotto acquistato.

Percentuali e massimali di rimborso sono consultabili nel documento Tabella Rimborsi e Scoperti.

Art. 25 - Latte artificiale

Il Fondo rimborsa le spese sostenute per l'acquisto del latte artificiale sino al compimento del 6° mese d'età o, in caso di nascita prematura, al giorno del compimento del 6° mese si aggiungono le settimane intercorrenti tra il giorno della nascita e quello previsto della nascita a termine (40^a settimana)

- (es. se la nascita avviene alla 35^a settimana il termine verrà prorogato di 5 settimane oltre il compimento del 6° mese.

Documentazione da presentare alla Segreteria Amministrativa del Fondo per richiedere il rimborso attraverso l'area riservata:

- la prescrizione medica che specifichi la necessità per il neonato di essere alimentato artificialmente indicando il nome, cognome ed età del bambino;
- in caso di nascita prematura la certificazione medica della settimana in cui è avvenuta la nascita, da allegare in copia ogni volta che viene richiesto il rimborso del latte;
- lo scontrino fiscale con la certificazione della spesa da parte del rivenditore.

Percentuali e massimali di rimborso sono consultabili nella Tabella Rimborsi e Scoperti.

PERIODI DI DIRITTO FAMILIARI BENEFICIARI E GESTIONE AMMINISTRATIVA				
caso 1	inserimento figlio beneficiario da 0 ai 6 mesi	data inserimento nuovo familiare beneficiario	inizio diritto	data scadenza
		15 giorni dalla data di nascita	con riferimento alla data della richiesta entro i 15 giorni dalla data di nascita (compreso il giorno della data di nascita), dal giorno della data di nascita	al compimento del 21° anno di età tranne nel caso in cui prima di questa scadenza venga meno il requisito di figlio a carico con un reddito uguale o superiore a quello previsto dalla tabella di reddito
		dal 16 giorno dalla data di nascita e sino al compimento del 6° mese	con riferimento alla data della richiesta dal 16 giorno dalla data di nascita (compreso il giorno della data di nascita), dal giorno di invio della richiesta	al compimento del 21° anno di età tranne nel caso in cui prima di questa scadenza venga meno il requisito di figlio a carico con un reddito uguale o superiore a quello previsto dalla tabella di reddito
Per i figli dati in affido la data di nascita corrisponderà alla data di affido riportata nel documento rilasciato dal tribunale				
caso 2	inserimento figlio beneficiario dopo il compimento del 6° mese al compimento del 21° anno di età	data inserimento nuovo familiare beneficiario	inizio diritto	data scadenza
		dal 1° all'ultimo giorno del mese	dal 1° giorno del mese successivo quello di inserimento	al compimento del 21° anno di età tranne nel caso in cui prima di questa scadenza venga meno il requisito di figlio a carico con un reddito uguale o superiore a quello previsto dalla tabella di reddito
esempio		16 febbraio 2021	dal 1° marzo 2021	al compimento del 21° anno di età tranne nel caso in cui prima di questa scadenza venga meno il requisito di figlio a carico con un reddito uguale o superiore a quello previsto dalla tabella di reddito
caso 3	inserimento beneficiario coniuge/more uxorio/partner in unione civile/genitori periodo di diritto dal 1° luglio al 30 giugno dell'anno successivo riferimento situazione reddituale anno precedente	data inserimento nuovo familiare beneficiario	inizio diritto	data scadenza
		dal 1° all'ultimo giorno del mese	dal 1° luglio	30 giugno
esempio 1		20 maggio 2021	dal 1° luglio 2021	30 giugno 2022
esempio 2		10 agosto 2021	dal 1° giorno del mese successivo quello di inserimento della richiesta (data del modulo di richiesta) dal 1° settembre 2021	30 giugno 2022
caso 4	rinnovo beneficiario coniuge/more uxorio/partner in unione civile/genitori	data rinnovo del familiare beneficiario	inizio diritto	data scadenza
		dal 1° all'ultimo giorno del mese	dal 1° luglio	30 giugno
esempio 1		2 maggio 2021	continua il diritto dopo la scadenza del 30 giugno 2021 con inizio dal 1° luglio 2021	30 giugno 2022
esempio 2		5 giugno 2021	continua il diritto dopo la scadenza del 30 giugno 2021 con inizio dal 1° luglio 2021	30 giugno 2022
esempio 3		20 luglio 2021	perde il diritto nel mese di luglio 2021 con nuovo inizio diritto dal 1 agosto 2021	30 giugno 2022
caso 5	rinnovo beneficiario figlio dal 21° anno sino al 26° anno di età con iscrizione ad un corso universitario (anche fuori corso) periodo di diritto dal 1° novembre al 31 ottobre dell'anno successivo	data rinnovo del familiare beneficiario	inizio diritto	data scadenza
Medesima gestione del caso 4 (esempio 1 - 2 - 3) con riferimento al periodo di diritto dal 1° novembre al 31 ottobre dell'anno successivo Solo ed esclusivamente per la data di conseguimento della laurea che se non coincidente con l'ultimo giorno del mese, la data fine diritto sarà comunque progata all'ultimo giorno del mese.				

SEGRETERIA AMMINISTRATIVA c/o F2A SRL
VIA CESARE PAVESE, 8 Edif. C Sc.2
10015 IVREA (TO)
Tel. 0125/2380 -250 – 251 - 269

ISTRUZIONI PAGAMENTO QUOTA ASSOCIATIVA

CALCOLO QUOTA ASSOCIATIVA:

ANNUA:

- 1) Importo rilevato dalla Certificazione/i Unica/che dell'anno precedente a quello di associazione
- 2) Reddito annuo moltiplicato per 1,74%
- 3) **QUOTA ASSOCIATIVA** = importo di cui al punto 2) **arrotondato all'euro**

PER ADESIONI CHE AVVENGONO IN CORSO D'ANNO:

- 2) Importo rilevato dalla Certificazione/i Unica/che dell'anno precedente a quello di associazione
- 3) Importo di cui al punto 1) moltiplicato per 1,74% e diviso per 12;
- 4) Importo di cui al punto 2) moltiplicato per il numero dei mesi restanti dall'uscita dall'azienda a fine anno
- 5) **QUOTA ASSOCIATIVA** = importo di cui al punto 3 arrotondato all'euro

TERMINI PAGAMENTO:

Il versamento della quota associativa si effettua con due pagamenti:

Il primo versamento entro il 28/02 pagando la metà della quota associativa versata l'anno precedente, o per i nuovi calcolando la quota sul reddito dell'anno precedente -1, dividendo a metà.

Il secondo versamento (saldo) entro il mese successivo dal mese di emissione della Certificazione Unica dell'anno di richiesta di adesione, calcolando l'importo totale per i 12 mesi e sottraendo la quota di acconto già versata.

In caso di adesioni in corso d'anno la quota associativa dovrà essere versata improrogabilmente **entro la fine del mese successivo all'avvenuta cessazione del rapporto di lavoro.**

B) MODALITA' PAGAMENTO:

L'importo così determinato dovrà essere versato con bonifico bancario sul C/C intestato a **FONDO SOLIDARIETA' INTERNA OMNITEL VODAFONE presso:**
Intesa San Paolo

CODICE IBAN IT49C0306909606100000112511

Occorrerà indicare quale **causale** del versamento:

"Pagamento quota associativa FSIO anno _____"

Specificare **SEMPRE** l'anno cui la quota fa riferimento, e **Nome, Cognome del socio pagante.**

C) DOCUMENTAZIONE DA INVIARE CON MAIL ALLA SEGRETERIA AMMINISTRATIVA:

- Copia della ricevuta del bonifico attestante il pagamento della quota associativa per l'anno di riferimento
- Copia della/e Certificazione/i Unica/che su cui è stato effettuato il conteggio
- Solo per Pensionati: documento I.N.P.S. con data decorrenza pensione

FONDO SOLIDARIETA'INTERNA OMNITEL VODAFONE

SEGRETERIA AMMINISTRATIVA c/o F2A SRL

Via Cesare Pavese, 8 Edif.C Sc.2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. 0125/2380 250-399-281-269

F.s.i.o.**PENSIONATO****RICHIESTA DI ADESIONE PER L'ANNO 20.....**

Il/La sottoscritto/a _____ c.f. _____
nato/a il _____ a _____
residente in via _____
cap _____ provincia _____
telefono _____ e-mail _____

Dichiara:

- di avere, alla data di risoluzione del rapporto di lavoro, un'anzianità aziendale complessiva di 10 anni maturati presso società del gruppo Vodafone (Vodafone Omnitel SPA o sue controllate/collegate che abbiano aderito al Fondo) o presso società di cui all'Art. 5 lett. d) dello Statuto
- di aver risolto il rapporto di lavoro con la Società _____ il _____;
- di essere titolare di pensione INPS dal _____

CHIEDE

di poter aderire al Fondo Solidarietà Interna Omnitel Vodafone
per pensionato: ai sensi dell'art. 5 lett. j) dello Statuto

ed alle condizioni ed ai termini stabiliti nel Regolamento e nell'Accordo Sindacale
a decorrere dal _____

impegnandosi ad effettuare il pagamento della quota associativa come indicato nel documento:

"Istruzioni Pagamento Quota Associativa"**CHIEDE**

altresì l'adesione per il coniuge convivente che risulti a suo carico o in possesso di un reddito uguale o inferiore al limite previsto dalla tabella fornita dal fondo e scaricabile dal portale.

Cognome e nome	Data di nascita	Reddito

ALLEGA

- 1) modello/i Certificazione/i Unica del reddito anno precedente l'anno di richiesta di adesione
- 2) copia della ricevuta del bonifico bancario attestante il pagamento della quota associativa

Per pensionato: documento I.N.P.S. con data decorrenza pensione

In caso di richiesta di adesione per il coniuge, in aggiunta ai documenti sopraindicati:

- 1) stato di famiglia;

Se il coniuge percepisce reddito:

A- documento fiscale comprovante il reddito del coniuge convivente che dovrà essere uguale o inferiore al limite previsto dalla tabella fornita dal fondo e scaricabile dal portale

Se il coniuge non percepisce reddito

B- documento fiscale comprovante che è coniuge a proprio carico (certificazione unica, 730, altro)

E' possibile regolarizzare la posizione del coniuge anche attraverso il sito www.antexweb.net con invio della documentazione il reddito e la "dichiarazione sostitutiva di certificazione" firmata in originale alla segreteria amministrativa del FSIO.

Si ricorda che la mancata produzione dei suddetti documenti implicherà il mancato perfezionamento dell'adesione e determinerà la restituzione della presente richiesta.

F.s.i.o.

PENSIONATO

RICHIESTA DI ADESIONE PER L'ANNO 20____

CHIEDE

che i rimborsi da parte del Fondo siano accreditati sul seguente C/C bancario a lui/lei intestato:
(riportare i 27 caratteri del codice IBAN)

[illegible]

Banca _____

Il/La sottoscritto/a si impegna a segnalare tempestivamente al Fondo qualsiasi variazione dei dati indicati nel presente modulo (pagg. 1 e 2) che possa avere rilevanza per la gestione della posizione del socio (ed eventualmente del coniuge dello stesso).

(Luogo e data)

(Firma dichiarante)

MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO AI SENSI DELL'ART. 9. 2 a) REGOLAMENTO UE 2016/679 - GDPR).

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere stato/a messo/a a conoscenza delle informazioni di cui al Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR) e in relazione a quanto indicato, con riferimento al trattamento dei Dati Personali e sensibili relativi al proprio stato di salute, esprime liberamente il consenso al trattamento degli stessi.

_____ firma _____
(il dichiarante)

(il coniuge) _____ firma _____

NOTA BENE: LA PRESENTE RICHIESTA DEVE ESSERE INVIATA ALLA SEGRETERIA AMMINISTRATIVA DEL FONDO DISGIUNTAMENTE DA OGNI ALTRA RICHIESTA/COMUNICAZIONE.

MODULO RICHIESTA RIMBORSO PER I SERVIZI AI SOCI DEL FONDO SOLIDARIETÀ F.S.I.O

SOCIO: Cognome				Nome			
FAMILIARE PER CUI SI RICHIEDE IL RIMBORSO: Cognome						Nome	
Nato/a		il	Codice Fiscale				
Residente in via		N°	CAP	Località/Comune			Prov
Domicilio (se diverso da residenza)			CAP	Località/comune			Prov
N° tel.		Tel cell.		E-mail			

Prestazioni richieste

Per la documentazione necessaria per il rimborso, fare riferimento alla “Guida per i servizi ai Soci”.

Malattia e infortunio
Visite specialistiche
Diagnostica strumentale
Trasporto infermi
Medicinali
Terapie fisiche
Assistenza infermieristica privata
*Odontostomatologia/ortodonzia
Cure termali

☐	Presidi e tutori ortopedici, strumenti protesici e di contenimento	☐
☐	Apparecchi acustici	☐
☐	Occhiali e lenti	☐
☐	Interventi laser per riduzione miopia	☐
☐	Assistenza al parto	☐
☐	Latte artificiale	☐
☐	Trattamenti di riproduzione assistita	☐
☐	Altro	☐

*** In caso di “Odontostomatologia/ortodonzia” occorre allegare al presente modulo l’allegato numero 1 “Scheda cure dentarie e prestazioni odontoiatriche” compilato dal dentista.**

Se si tratta di documenti integrativi riferiti a una pratica già in essere ti chiediamo di indicare il numero di pratica a cui si riferiscono.

N° PRATICA _____

Questo ci permette di accelerare la valutazione e quindi le procedure di rimborso. Trovi il numero della pratica sull'estratto conto

Si allega la copia delle seguenti fatture

NUMERO	DATA	IMPORTO

NUMERO	DATA	IMPORTO

e si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione della pratica o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UniSalute Servizi avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.

Dichiaro di non avere altre coperture sanitarie e di non aver presentato ad altre Assicurazioni, Casse, Fondi o Enti medesima richiesta di rimborso, in caso contrario indicare l'Assicurazione/Cassa/Fondo/Ente: _____
(Informazione obbligatoria ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile)

Data _____

Firma del Socio _____

In vigore dal 01/01/2021

Art.	PRESTAZIONI	% di rimborso	Massimale di rimborso per prestazione in Euro	% a carico del Fondo presso le strutture convenzionate	Massimale di rimborso annuo (1/1 - 31/12)	Periodicità (1/1 - 31/12)
12	Malattia e infortuni (previa autorizzazione del CTD)	fino all'85% retrib.lorda				
13	Ticket visite specialistiche	100				
	Ticket piccola chirurgia	100				
	Ticket prestazioni ambulatoriali	100				
	Visite specialistiche	70	100,00	70	1500,00	
	Visite specialistiche pediatriche/psichiatriche/odontoiatriche	70	100,00	70	Nessun massimale per soci con età ≤ 14 anni	
	Visite omeopatiche	50	55,00	50	800,00	
	Piccola chirurgia e prestazioni ambulatoriali	70		70	300,00	
	Ticket sedute psicoterapia	100				
	Sedute di psicoterapia eseguite dal medico chirurgo specialista psichiatra, neuropsichiatra, neurologo, psicologo, psicoterapeuta	50		50	Nessun massimale per soci con età ≤ 14 anni	
	Sedute di psicoterapia, eseguite da psicologo o psicoterapeuta	50		50	per soci con età > 14 anni 1200,00	
14	Ticket diagnostica	100				
	Diagnostica strumentale di laboratorio	50		50	600,00	
	Diagnostica per stato di salute del feto Amniocentesi/Villocentesi Materniti Plus/Harmony test	50		50	600,00	
	Diagnostica finalizzata ad accertamenti preconcezionali per anomalie genetiche previa valutazione sulla congruità della richiesta	50		50		
15	Ricoveri ospedalieri (cambio classe o comfort alberghiero)		Diaria 30,00/g			
	Assistenza al parto	100	300,00			
	Fecondazione assistita 1° tent.	50				
	Fecondazione assistita 2° e 3° tent.	30				
	Intervento chirurgico oculistico laser per riduzione miopia/astigmatismo	50				
16	Trasporto infermi	100				
17	Farmaci				nucleo familiare 200,00	
	Dispositivi medici anticoncezionali (spirale, iud, anello, diaframma)	70				
	Ticket vaccini	100				
	Vaccini	70				
	Ticket vaccini desensibilizzanti	100				
	Vaccini desensibilizzanti	70				
	Forniture di ossigeno	70				

In vigore dal 01/01/2021

Art.	PRESTAZIONI	% di rimborso	Massimale di rimborso per prestazione in Euro	% a carico del Fondo presso le strutture convenzionate	Massimale di rimborso annuo (1/1 - 31/12)	Periodicità (1/1 - 31/12)
	Prodotti omeopatici	30			nucleo familiare 115,00	
	Acido ialuronico per infiltrazioni	70			500,00	
	Ticket terapie	100				
	Terapia in regime ordinario	60		60	nucleo familiare 2000,00	
18	Terapia fisiche riabilitative (psicomotricità - logopedia - ippoterapia-talassoterapia)	60		60	Nessun massimale per soci con età ≤ 14 anni	
	Terapie in regime speciale (mesoterapia-linfodrenaggio-pessoterapia-carbossiterapia - laserterapia per trattamenti curativi dermatologici)	60		60	400,00	
19	Assistenza infermieristica	70	20,00/h			
	Odontostomatologia	60	Tariffario Oontoiatrica F.S.I.O.	60	Nucleo familiare 5000,00	
	Ortodonzia	60		60		
20	Ticket cure odontoiatriche	100				
	Ticket ortopantomografia	100				
	Ticket trattamento ortodontico	100				
21	Ticket cure termali	100				
	Presidi e tutori ortopedici, strumenti ortopedici di contenimento	70				
22	Scarpe ortopediche	70				max.2 all'anno
	Calze elastiche	70				max.2 all'anno
	Protesi: mammarie, parrucche, protesi oculari	90				
	Apparecchi acustici monolaterali	70	1200,00			ogni 3 anni
23	Apparecchi acustici bilaterali	70	2400,00			
	Riparazione	70			300,00	
	Occhiali e lenti corneali	50			€500 all'anno per nucleo familiare di cui €80 per liquidi LAC	come da Articolo 24
24	Montatura	50				
	Liquidi/comprese per pulizia LAC	50				
25	Latte artificiale	60				Sino al 6° mese / oltre se prematuri

Allegato numero 1 - SCHEDA CURE DENTARIE e PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Il Sottoscritto/a		Denominazione Azienda/Ente	
Nato a	il	Codice Fiscale	
Residente a		Prov	CAP
Via/Piazza	N°	N° tel.	

Gentile Socio,
affinché il Fondo possa valutare la copertura delle prestazioni odontoiatriche che si appresta ad effettuare, è necessario che il **suo medico dentista** compili la Scheda Anamnestica odontoiatrica che segue. Tale scheda, formulata per rendere più agevole e uniforme lo stato di salute del suo cavo orale, una volta compilata in ogni sua parte, andrà caricata all'interno della sua area riservata nella sezione dedicata, unitamente alle fatture relative alle prestazioni.

Terminologia:

X	Elemento mancante
O	Otturazione
D	Devitalizzazione
In	Intarsio
RIC	Ricostruzione
W	Corona
F	Fixture (impianti osteointegrati)
Pf	Protesi fissa
Pm	Protesi mobile

Wor	Oro-Resina
Woc	Oro-Ceramica
Wlp	Lega Preziosa
Wlnp	Lega Non Preziosa
P	Perno moncone
S	Scheletrito
Dp	Dente Pilastro

Schema

DX		SUPERIORE												SX	
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
DX		INFERIORE												SX	

Note:

Il sottoscritto Dr.
con studio in.....Via.....
dichiara di aver praticato al sig.
le cure sopra indicate e di aver ricevuto la somma di euro.....
come da regolare quietanza di pagamento rilasciata in data.....

Firma del medico curante (dentista)

Data

	Nomenclatore SiSalute UniSalute	Quantità	Importo Totale	N. del dente
IGIENE ORALE E PARADONTOLOGIA				
• Ablazione del tartaro (max 2 sedute/anno) – (anche eseguita da igienista dentale)				
• Levigatura delle radici (ogni 6 denti)				
• Placca di svincolo/byte (no prestampati)				
• Courettage gengivale (per 4 denti) - (anche eseguita da igienista dentale)				
• Gengvectomia (per 4 denti)				
CHIRURGIA				
• Estrazione semplice di dente o radice				
• Estrazione complicata di dente o radice				
• Estrazione semplice del terzo molare				
• Estrazione del terzo molare in disodontiasi				
• Estrazione di dente o radice in inclusione ossea parziale				
• Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale				
• Apicectomia (cura canalare a parte)				
• Interventi di piccola chirurgia orale				
• Lembo gengivale				
• Rialzo del seno mascellare				
CONSERVATIVA				
• Carie non penetrante				
• Sigillatura di solchi (per dente) - (anche eseguita da igienista dentale)				
• Trattamento chimico della ipersensibilità dentale e profilassi della carie dentale (ogni 2 denti) - (anche eseguita da igienista dentale)				
• Carie penetrante in monoradicolato (comprensiva di devitalizzazione o terapia canalare e l'eventuale perno)				
• Carie penetrante in pluriradicolato (comprensiva di devitalizzazione o terapia canalare e l'eventuale perno)				
• Apecificazione a seduta (da un minimo di 4 ad un massimo di 10 sedute)				
ORTODONZIA				
• Ortopantomografia				
• Trattamento ortodontico con apparecchiature rimovibili o funzionali (per anno e per bocca)				
• Trattamento ortodontico con apparecchiature fisse (per anno e per bocca)				
PROTESI FISSA				
• Corona fusa o elemento di protesi in lega preziosa con faccetta in resina (ogni 2 anni per lo stesso dente)				
• Corona in ceramica o elemento di ponte in lega preziosa e ceramica (ogni 2 anni per lo stesso dente)				
• Perno moncone in lega aurea (solo per le corone - ogni 2 anni per lo stesso dente)				

• Corona o elemento in metallo non nobile e resina (non il provvisorio - ogni 2 anni per lo stesso dente)				
• Ribasamento protesi totale				
• Riparazione per frattura completa protesi totale				
• Riparazione faccetta in ceramica				
PROTESI MOBILE				
• Protesi mobile parziale in resina di un solo elemento più ganci				
Per ogni elemento in più				
• Protesi mobile totale per arcata con denti in resina				
• Protesi scheletrata mobile in cromo cobalto o metalli similari non nobili di un solo elemento con due ganci appoggio elastico o ritenzione				
• Per ogni elemento in più				
IMPLANTOLOGIA E VARIE				
• Impianti a vite metallici ricoperti da materiali bioinerti o impianti non metallici				
• Molaggio selettivo				
• Legatura interdentale (per 4 denti)				
• Intarsio in oro o ceramica o composito				
• Membrana + innesto osseo (per 4 denti)				

NOMENCLATORE E TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

F.s.i.o.

Aggiornato al 01/01/2021
(Vedi art. 20 del Regolamento)

Il rimborso è contenuto entro i seguenti massimali	
Igiene orale e paradontologia	€
Ablazione del tartaro (max 2 sedute/anno) - (anche eseguita da igienista dentale)	68,00
Levigatura delle radici (ogni 6 denti)	46,00
Placca di svincolo/Byte (no prestampati)	263,00
Courettage gengivale (per 4 denti) - (anche eseguita da igienista dentale)	126,00
Gengivectomia (per 4 denti)	126,00
Chirurgia	€
Estrazione semplice di dente o radice	68,00
Estrazione complicata di dente o radice	86,00
Estrazione semplice del terzo molare	86,00
Estrazione del terzo molare in disodontiasi	115,00
Estrazione di dente o radice in inclusione ossea parziale	143,00
Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale	180,00
Apicectomia (cura canalare a parte)	132,00
Interventi di piccola chirurgia orale	126,00
Lembo gengivale	300,00
Rialzo del seno mascellare	500,00
Conservativa	€
Carie non penetrante	115,00
Sigillatura di solchi (per dente) - (anche eseguita da igienista dentale)	35,00
Trattamento chimico della ipersensibilità dentale e fluoropromiassi della carie dentale (ogni 2 denti) (anche eseguita da igienista dentale)	35,00
Carie penetrante in monoradicolo (comprensiva di devitalizzazione o terapia canalare e l'eventuale perno)	172,00
Carie penetrante in pluriradicolo (comprensiva di devitalizzazione o terapia canalare e l'eventuale perno)	229,00
Apificazione a seduta (da un minimo di 4 a un massimo di 10 sedute)	29,00
Ortodonzia	€
Ortopantomografia	58,00
Trattamento ortodontico con apparecchiature rimovibili o funzionali (per anno e per bocca)	457,00
Trattamento ortodontico con apparecchiature fisse (per anno e per bocca)	1.009,00
Protesi fissa	€
Corona fusa o elemento di protesi in lega preziosa con faccetta in resina (ogni 2 anni per lo stesso dente)	445,00
Corona in ceramica o elemento di ponte in lega preziosa e ceramica (ogni 2 anni per lo stesso dente)	542,00
Perno moncone in lega aurea (solo per Corone -ogni 2 anni per lo stesso dente)	172,00
Corona o elemento in metallo non nobile e resina (non il provvisorio - ogni 2 anni per lo stesso dente)	115,00
Ribasamento protesi totale	149,00
Riparazione per frattura completa protesi totale	91,00
Riparazione faccetta in ceramica	91,00
Protesi mobile	€
Protesi mobile parziale in resina di un solo elemento più ganci	143,00
Per ogni elemento in più	64,00
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina	1.027,00
Protesi scheletrata mobile in cromo cobalto o metalli similari non nobili di un solo elemento con due ganci appoggio elastico e ritenzione	526,00
Per ogni elemento in più	86,00

Implantologia	€
Impianti a vite metallici ricoperti da materiali bioinerti o impianti non metallici	742,00
Molaggio selettivo	29,00
Legatura interdentale (per 4 denti)	115,00
Intarsio in oro e ceramica o composito	286,00
Membrana + innesto osseo (per 4 denti)	286,00
N.B.: 1) LE TARIFFE DI RIMBORSO SONO OMNICOOMPRESIVE E TENGONO CONTO DELLE PRESTAZIONI ACCESSORIE NECESSARIE COME AD ES. RADIOGRAFIE, ANESTESIE, ECC, DI CONSEGUENZA NON SARANNO RIMBORSATE SINGOLARMENTE 2) NON VENGONO RIMBORSATE CORONE / ELEMENTI PROVVISORI, STUDIO DEL CASO.	