13. ESCLUSIONI
(riferite a prestazioni ambulatoriali e ricoveri)

13.1 Sono sempre escluse: le malattie nervose e/o mentali; le malattie congenite, le malattie e/o gli infortuni provocati da fatti colposi di terzi – (salvo gli infortuni provocati da terzi durante lo svolgimento dell'attività lavorativa, per le parti eccedenti la copertura assicurativa INAIL o dell'eventuale assicurazione per responsabilità civile terzi)- le conseguenze derivanti da abuso di alcolici o di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni, le prestazioni eseguite a scopo preventivo (con particolare riguardo ai chek-up), le cure estetiche, le malattie e/o gli infortuni derivanti da risse ed ubriachezza, da maneggio di armi o da manifesta imprudenza, le malattie e/o gli infortuni causati da competizioni sportive agonistiche, le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni di nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche o di esposizione a radiazioni ionizzanti, le conseguenze di guerre, insurrezioni, atti di terrorismo, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche.

13.2 Non sono rimborsabili (nemmeno sotto forma di ticket), le terapie farmacologiche, ogni tipo di screening e di vaccinazione, l'applicazione di spirali, gli accertamenti e le cure pre maternità e pre paternità, le cure e gli accertamenti contro la sterilità, le visite psicologiche e psichiatriche, le visite medico sportive, le iniezioni e altre prestazioni infermieristiche, le cure termali e le terapie fisiche (come fisiokinesiterapia, inoforesi, iontoforesi, ultrasuoni, marconiterapia, radar, forni, elettrostimolazioni, massoterapia, ginnastica, magnetoterapia, fitoterapia, tens, rebox, laser, manipolazioni e altre prestazioni analoghe) salvo i casi esplicitamente previsti nel presente Regolamento.

13.3 Sono rimborsabili dopo un anno dalla data di iscrizione del nucleo familiare al Fondo le spese relative a patologie pre esistenti alla data di iscrizione.

FONDO SOLIDEO

FONDO SOLIDEO
Via Vandalino, 82/32 - 10142 Torino
Tel. 011.521.48.90 - Fax 011.521.49.87
e-mail: info@fondosolideo.org
www.fondosolideo.org
Cod. Fisc. 97736860012

FONDO SOLIDEO

fondo di mutualità integrativa sanitaria

REGOLAMENTO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

denominata ASSISTENZA PIANO A FAMIGLIA

NORME GENERALI

1. ADESIONI

Possono aderire a questa assistenza tutti i componenti del nucleo familiare (**Coniuge o convivente, figli o affiliati conviventi come risulta dallo stato anagrafico di famiglia**) dei beneficiari del Fondo Solideo iscritti al **PIANO ASSISTENZIALE A**

E' fatto obbligo di **adesione dell'intero nucleo familiare convivente** con deroga per il coniuge ultrasessantacinquenne e per chi ha già altre coperture sanitarie documentabili e per i bambini fino al compimento di un anno di età.

2. CONTRIBUTI ASSOCIATIVI

L'adesione a questa assistenza prevede un versamento di una quota annuale determinata dal Consiglio Direttivo del Fondo.
Il versamento della quota, è previsto in:
€ 240 (euro duecentoquaranta annuali) per il coniuge o convivente
€ 72 (euro settantadue annuali) per ogni figlio
La quota verrà trattenuta mensilmente dalla cooperativa, associata al Fondo, dalla **busta paga del lavoratore iscritto al Piano A**
Il versamento al Fondo sarà effettuato dalla cooperativa con le modalità previste dal Regolamento del Fondo.

NORME GENERALI

3. DECORRENZA, VALIDITÀ

3.1 Il diritto alle prestazioni assistenziali decorre per i familiari, dopo **90 giorni dall'iscrizione.**

3.2 Tutte le garanzie sono valide per prestazioni sanitarie eseguite sia in Italia che all'estero.

4. RIMBORSI

4.1 I rimborsi e le indennità previste vanno richiesti al Fondo trasmettendo la documentazione:
- Via posta: FONDO SOLIDEO – Via Vandalino, 82/32 - Torino 10142
- Via e mail:**info@fondosolideo.org**
- Via fax: 011/52.14.987 – **accertandosi** dell'avvenuta recezione
- Consegnandola di persona presso gli uffici di Via Vandalino, 82/32, **previa telefonata**

Le liquidazioni avverranno di norma entro 60 giorni dal ricevimento **della documentazione completa con bonifico bancario sul c/c del beneficiario o con la consegna di un assegno in assenza di Conto Corrente.**

4.2 I rimborsi del Fondo sono integrativi di eventuali rimborsi dovuti dalle ASL o da altri enti mutualistici o da compagnie di assicurazione per i quali i beneficiari hanno diritto. Il Fondo escluderà comunque dal rimborso dovuto quanto il beneficiario potrà ottenere da altri soggetti, riservandosi di richiedere la documentazione necessaria.

5. DOCUMENTAZIONE

Il Fondo si riserva la facoltà di richiedere ogni documentazione clinica utile per procedere al rimborso a norma del presente Regolamento.

6. PRESCRIZIONE

Il diritto a richiedere i rimborsi decade **decorsi 60 giorni** dalla data in cui sono state effettuate le prestazioni.

7. DISDETTE E RECESSI

7.1 I beneficiari iscritti al Piano A potranno dare la disdetta dell'iscrizione del proprio nucleo familiare dando comunicazione al Fondo con richiesta da trasmettere a mezzo lettera raccomandata a.r. **entro il 31 ottobre a valere per l'anno successivo.**

7.2 Per i **dimissionari dalle cooperative**, associate al Fondo, l'assistenza al proprio nucleo familiare termina con il 31 dicembre dell'anno in cui è cessato il rapporto di lavoro con l'azienda, con trattenuta delle eventuali rate residue a carico del lavoratore, in occasione della liquidazione delle competenze di fine rapporto.

8. SOSPENSIONI

8.1 Nel caso di morosità nel versamento dei contributi da parte dell'azienda che si protragga oltre i 30 giorni, il Fondo sospenderà l'assistenza al nucleo familiare del beneficiario dell'associato moroso.

8.2 Il diritto all'assistenza per i familiari dei beneficiari potrà essere riacquisito con effetto retroattivo solo al momento del saldo dei contributi sociali arretrati. Nel caso in cui la morosità si protragga oltre sei mesi, l'associato è escluso. Di tale esclusione sarà data formale comunicazione all'associato e ai relativi beneficiari.

9. STATUTO DEL FONDO SOLIDEO

Tutto quanto non espressamente richiamato nel presente Regolamento, è disciplinato dallo Statuto e dal Regolamento del Fondo.

PRESTAZIONI

10. ASSISTENZA ODONTOIATRICA

10.1 ACCESSO ALLA RETE: TARIFFARIO AGEVOLATO E PRIMA VISITA GRATUITA.

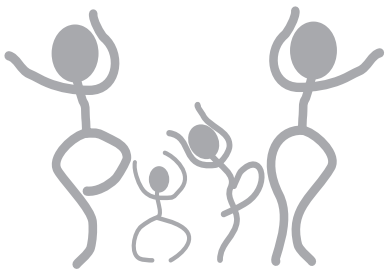
Il nucleo familiare del beneficiario del Piano A può accedere alla rete di strutture odontoiatriche convenzionate e all'applicazione di un tariffario concordato e controllato sulle prestazioni effettuate.
I componenti del nucleo familiare hanno diritto, presso le strutture odontoiatriche convenzionate, ad una prima visita gratuita con la stesura del piano di cure e del preventivo.

Norme generali per ottenere la prestazione presso strutture convenzionate.

Ogni volta che ogni componente del nucleo familiare iscritto intende utilizzare il servizio presso strutture convenzionate, lo stesso ***deve prima contattare il Fondo*** *e indicare lo studio prescelto tra quelli convenzionati, segnalando la prestazione richiesta.*
Successivamente *effettua la prenotazione presso lo Studio Medico prescelto.*
Contestualmente il Fondo invia allo Studio Medico la "presa in carico", che ne autorizza l'esecuzione.

10.2 ABLAZIONE DEL TARTARO

Ogni componente del nucleo familiare del beneficiario iscritto al Fondo ha diritto ad un'ablazione del tartaro **gratuita l'anno se effettuata nella rete convenzionata**; ad un rimborso annuale di € 30- se l'ablazione è effettuata fuori rete, presentando al Fondo regolare fattura che deve sempre indicare il tipo di prestazione effettuata.



10.3 OTTURAZIONE

Ogni componente del nucleo familiare ha diritto al rimborso delle otturazioni.
Per ogni dente è rimborsabile un'otturazione ogni tre anni. Per ogni otturazione è previsto un rimborso massimo di € 70, sia che la prestazione sia avvenuta in struttura convenzionata sia che no.

Norme per ottenere la prestazione

Per richiedere il rimborso va presentata al Fondo la copia del documento di spesa. La fattura deve indicare il tipo di prestazione effettuata e il numero del dente oggetto dell'intervento.

10.4 IMPIANTO ENDOSSEO

Ogni componente del nucleo familiare ha diritto al rimborso degli impianti endossei fino a € 400 - per impianto e fino ad un massimo di € 1.000 - per anno e per persona.

Norme per ottenere la prestazione

- *Si deve comunicare* ***preventivamente*** *al Fondo l'inizio dei trattamenti odontoiatrici inviando il preventivo del medico odontoiatra (deve essere regolarmente iscritto nell'Albo dei Medici chirurghi e odontoiatri) e l'ortopantomografia pretrattamento (radiografia sul dente che sarà oggetto del trattamento) .*
- *Al termine del trattamento si dovrà presentare al Fondo copia della fattura quietanziata, la cartella clinica da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite e dei denti oggetto di intervento, l'ortopantomografia finale (radiografia sul dente su cui è stato effettuato l'impianto).*
- *Il rimborso per impianto endosseo nella stessa posizione potrà essere richiesto nuovamente solo dopo che siano trascorsi tre anni da quello precedente.*

10.5 CURE ORTODONTICHE FISSE E MOBILI (APPARECCHI)

Il componente del nucleo familiare di **età inferiore ai 18 anni** ha diritto all'assistenza per cure ortodontiche fisse e mobili fino ad un massimo di € 200 per anno e per persona

Norme per ottenere la prestazione

- *Per attivare l'assistenza, si dovrà comunicare preventivamente al Fondo l'inizio delle cure e richiedere l'autorizzazione allegando alla richiesta il preventivo e referto dello studio ortodontico, con timbro e firma del medico ortodonzista, contenente la descrizione in dettaglio del trattamento da eseguire e la durata prevista dello stesso.*
- *Il Fondo entro 3 giorni lavorativi rilascerà l'autorizzazione all'assistenza oppure il diniego motivato o richiederà al beneficiario eventuale documentazione mancante.*
- *Per ottenere il rimborso al termine delle cure l'Assistito dovrà inviare copia del documento di spesa con l'indicazione del trattamento effettuato. In caso di cure di durata superiore a un anno, il documento dovrà riportare l'anno di cura cui si riferisce (Esempio: 1° anno, 2° anno, ecc.).*

10.6 LIMITI ALL'ASSISTENZA

- Per tutte le prestazioni di assistenza odontoiatrica il rimborso può essere concesso soltanto se l'inizio del trattamento, il termine dello stesso e l'emissione della fattura, sono avvenuti durante il periodo di adesione del nucleo familiare al Fondo.
- **Non sono rimborsabili le fatture di acconto**.
- **E' escluso dall'assistenza ogni tipo di bite**

Il **bite** è l'apparecchio che fra le molteplici funzioni ha principalmente quella di evitare i danni da digrignamento notturno (bruxismo).

11. PRESTAZIONI AMBULATORIALI

11.1 PRESTAZIONI DI ALTA DIAGNOSTICA

Ogni componente del nucleo familiare ha diritto al rimborso delle prestazioni di alta diagnostica eseguite **privatamente**, riportate nell'elenco sottostante e nella misura prevista dal tariffario del Fondo.

Angiografia, Artrografia, Broncografia, Cisternografia, Cistografia, Clisma Opaco, Colangiografia, Colecistografia, Colonscopia, Dacriocistografia, Defecografia, Discografia, Elettromiografia, Fistolografia, Flebografia, Fluorangiografia, Galattografia, Isterosalpingografia, Linfografia, Mielografia, PET (Tomografia ad emissione di positroni), Pneumoencefalografia, Retinografia, RMN (Risonanza Magnetica Nucleare), Rx Esofago, Rx Tubo Digerente, Scialografia, Scintigrafia, Splenoportografia, TAC (Tomografia Assiale Computerizzata), Uroflussometria, Urografia, Ureteroscopia, Vesciculodeferentografia.

Norme per ottenere la prestazione

- *Per richiedere il rimborso si invia al Fondo copia del documento di spesa che deve indicare il tipo di esame effettuato e la fotocopia della prescrizione medica con l'indicazione dettagliata degli esami da eseguire.*
- *La prescrizione dovrà contenere la diagnosi accertata o presunta o la sintomatologia per cui vengono richieste le prestazioni mediche per le quali si chiede il rimborso.* ***Non sono ritenute valide come diagnosi diciture del tipo "controllo", "accertamenti", "prevenzione" e simili se non accompagnate da ulteriore specifica.***

11.2 TICKET
(compartecipazione alla spesa del SSN)

Ogni componente del nucleo familiare ha diritto al rimborso del 100% di tutti ticket corrisposti alle strutture sanitarie pubbliche o private accreditate con SSN per: visite specialistiche, esami di laboratorio (esami sangue, urine, feci ecc.), diagnostica strumentale (rx, ecografie, elettrocardiogrammi di ogni genere, endoscopie, tac, risonanze magnetiche, medicina nucleare, moc, ecc.), interventi ambulatoriali, prestazioni di pronto soccorso.
Non ci sono massimali, né minimi rimborsabili.

Norme per ottenere la prestazione

- *I documenti e le procedure sono quelle del precedente punto* ***11.1****. Sul documento di spesa* ***deve essere espressamente riportata la dicitura ticket*** *o compartecipazione alla spesa del SSN.*

11.3 VISITE SPECIALISTICHE PRIVATE

Ogni componente del nucleo familiare può effettuare visite specialistiche private presso i centri convenzionati ottenendo sconti e agevolazioni. Prima della prenotazione della visita il beneficiario deve contattare il Fondo che si farà carico di inviare il fax di presentazione atto ad ottenere gli sconti previsti dalla convenzione.

12. RICOVERI

12.1 RIMBORSI E SUSSIDI

I ricoveri in struttura pubblica o accreditata (ricoveri gratuiti) con o senza intervento chirurgico danno diritto ai seguenti sussidi giornalieri:

Ricoveri ordinari	**€ 25**
Day hospital chirurgico o per chemioterapia	**€ 25**
Ricoveri per interventi di alta chirurgia	**€ 50**
Ricoveri per parto (massimo 3 giorni)	**€ 70**

In caso di ricovero in struttura privata o pubblica in regime intramoenia (ricoveri a pagamento) il beneficiario potrà ottenere un rimborso massimo pari a € 100- per ogni giorno di ricovero.
I grandi interventi sono rimborsati secondo il tariffario del Fondo fino ad un massimo di € 20.000 per anno e per persona.

12.2 NORME GENERALI SUI RICOVERI

Documentazione

- Ricovero gratuito: si dovrà inviare al Fondo il certificato di ricovero in cui siano evidenziati: la data di ricovero, quella delle dimissioni e la diagnosi medica circostanziata.
- Ricovero a pagamento: si dovrà inviare al Fondo la cartella clinica completa e tutte le fatture di spesa in originale (restituibili).
- Computo dei giorni: il giorno di ingresso e quello delle dimissioni saranno computati, ad ogni effetto, come una sola giornata di degenza.
- Ogni ricovero in day-hospital o day surgery è considerato come una giornata.

Istituti autorizzati

- È rimborsabile il ricovero in ospedale, clinica, istituto universitario o casa di cura autorizzato dalle competenti autorità all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche con prevalenti finalità dietologiche e/o estetiche.

Assistibilità

- Ogni componente del nucleo familiare è assistibile per un massimo di 60 giorni di degenza per anno associativo.