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. RECESSI

7.1 I beneficiari potranno richiedere la variazione delle prestazioni assistenziali (passaggio ad altra quota), 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 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 di cui al precedente punto 2 che si protragga oltre i 30 giorni, il Fondo sospenderà l'assistenza al beneficiario dell'associato moroso.

8.2 Il diritto all'assistenza per i 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..

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.

FONDO SOLIDEO

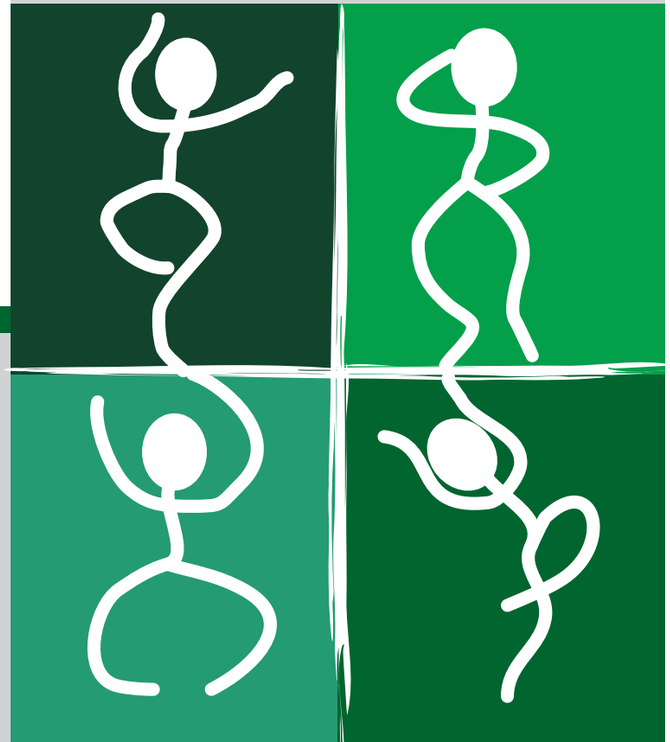
Via Vandalino, 82/32 - 10142 Torino
Tel. 011.521.48.90 - Fax 011.521.49.87
e-mail: info@fondosolideo.org
www.fondosolideo.org
Cod. Fisc. 97736860012

FONDO SOLIDEO

fondo di mutualità integrativa sanitaria

REGOLAMENTO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

denominata ASSISTENZA PIANO B



NORME GENERALI

1. ADESIONI

Possono aderire a questa assistenza tutti i beneficiari del Fondo Solideo – Fondo di Mutualità Integrativa Sanitaria.

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, previsto in **€ 150 (euro centocinquanta)** suddiviso tra il lavoratore e la cooperativa, sarà effettuato dall'associato con le modalità previste dal Regolamento del Fondo.

3. DECORRENZA, VALIDITA'

3.1 L'iscrizione prevista dal presente Regolamento decorre dal primo giorno del mese successivo a quello in cui è deliberata la domanda di ammissione dell'associato e il diritto alle prestazioni assistenziali, per i beneficiari, decorre dal primo giorno del mese successivo all'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:

FONDO SOLIDEO
Via Vandalino, 82/32 - Torino 10142
Tel. 011.52.14.890 - Fax011.52.14.987
e-mail: info@fondosolideo.org
www.fondosolideo.org

Le liquidazioni avverranno di norma **entro 60 giorni dal ricevimento della documentazione completa** con bonifico bancario sul c/c del beneficiario o con l'invio 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 avrebbe potuto ottenere da altri soggetti.

PRESTAZIONI

10. ASSISTENZA ODONTOIATRICA

10.1 ACCESSO ALLA RETE: TARIFFARIO AGEVOLATO E PRIMA VISITA GRATUITA

Il beneficiario può accedere alla rete di strutture odontoiatriche convenzionate e all'applicazione di un tariffario concordato e controllato sulle prestazioni effettuate.

Il beneficiario ha 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 il beneficiario 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.

Norme generali per ottenere la prestazione presso strutture non convenzionate.

Il beneficiario deve comunicare al Fondo l'inizio delle prestazioni odontoiatriche, segnalando lo Studio Medico prescelto.

10.2 ABLAZIONE DEL TARTARO

Il beneficiario 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 indicare il tipo di prestazione effettuata.

10.3 OTTURAZIONE

Il beneficiario 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 € 40, sia che la prestazione sia avvenuta in struttura convenzionata sia che no.

Norme per ottenere la prestazione

Il beneficiario può richiedere il rimborso presentando al Fondo la copia del documento di spesa. La fattura deve indicare il tipo di prestazione effettuata e il dente oggetto dell'intervento.

10.4 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 beneficiario al Fondo.
- **Non sono rimborsabili le fatture di acconto.**

11. PRESTAZIONI AMBULATORIALI

11.1 PRESTAZIONI DI ALTA DIAGNOSTICA

Il beneficiario 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

- *Il beneficiario può richiedere il rimborso inviando 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)

Il beneficiario **ha diritto al rimborso del 80% di tutti ticket** corrisposti alle strutture sanitarie pubbliche o private accreditate 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.*

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	**€ 40**
Ricoveri per parto (massimo 3 giorni)	**€ 25**

12.2 NORME GENERALI SUI RICOVERI

Documentazione

- **Ricovero gratuito:** il beneficiario dovrà inviare al Fondo il certificato di ricovero in cui siano evidenziati: la data di ricovero, quella delle dimissioni e la diagnosi medica circostanziata.
- **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.

Assistibilità

- Il beneficiario è assistibile per un massimo di 60 giorni di degenza per anno associativo.