

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO AL FISDAF
PER I DIRIGENTI IN SERVIZIO DELLE AZIENDE
DEI GRUPPI FCA - CNH INDUSTRIAL E ALTRE SOCIETA' ADERENTI
Validità 2017-2018

FORMA DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Le garanzie indicate nel presente Documento si intendono prestate in forma integrativa delle prestazioni fornite dal FISDAF, prevedendo il rimborso integrale delle spese sostenute dagli Assistiti, al netto delle quote di competenza del FISDAF, fino al raggiungimento di un ulteriore massimale di spesa identico a quello garantito dal FISDAF; pertanto il rimborso erogato ad integrazione del FISDAF non potrà mai eccedere gli importi massimi previsti per ciascuna prestazione, così come indicati nel Tariffario FISDAF.

La copertura integrativa si attiverà per tutte le garanzie solo in regime di assistenza diretta presso le strutture convenzionate, salvo i casi di prestazioni ospedaliere, ambulatoriali e odontoiatriche per i quali è riconosciuta anche la forma indiretta (a rimborso) presso tutte le strutture.

Ai fini del rimborso/liquidazione, verrà considerato il Tariffario FISDAF relativo all'annualità precedente la decorrenza della presente copertura integrativa (ossia in vigore al 01/12/2016).

Qualora il FISDAF non eroghi le prestazioni richieste, malgrado queste rientrino fra quelle previste dal Regolamento del Fondo, in quanto eccedenti i massimali previsti dal Tariffario, saranno riconosciute le sole spese eccedenti le singole tariffe previste dal Tariffario FISDAF fino ad un importo complessivo pari al massimale previsto dal Tariffario del Fondo.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto D) *Prestazioni odontoiatriche* ed F) *Terapie fisiche*, in caso di esaurimento in corso d'anno del massimale annuo previsto dal Tariffario FISDAF, saranno riconosciute le ulteriori prestazioni effettuate dall'Assistito e dal suo nucleo familiare nell'anno, fino ad un massimale pari a quello previsto dal Tariffario FISDAF.

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

A) Ricovero con e senza intervento chirurgico, Day Hospital effettuato in Istituto di Cura, Intervento chirurgico ambulatoriale

Durante il ricovero

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento – necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito;

- le rette di degenza, con esclusione di quelle concernenti il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente;
- le visite specialistiche di medici consulenti, nel limite di € 55,00 per visita (€ 50 per le visite pediatriche); i consulti specialistici (eseguiti collegialmente) nel limite di € 180,00 per consulto;
- l'assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 40,00 al giorno per un massimo di 30 giorni all'anno;
- la chemioterapia per singolo ciclo in ricovero, in Day Hospital e in ambulatorio (con massimale di € 3.000,00 per anno inclusi i medicinali);
- la radioterapia in ricovero, in Day Hospital e in ambulatorio (con massimale di € 2.100,00 per ciclo comprendente 10 sedute).

Si precisa che per i ricoveri (uno o più) avvenuti nel corso dell'annualità è previsto un riconoscimento fino ad un massimo di 180 gg anche non consecutivi.

Per ricoveri per riabilitazione neuro-motoria e cardio-respiratoria è previsto un riconoscimento fino a un massimo di 60 gg annui. Il massimale di 60 gg concorre in ogni caso nel conteggio del massimale complessivo di 180 gg annui.

Il massimale per i medicinali in ricovero è pari ad € 1.550,00 per ogni evento.

A1) Trasporto infermi

Il trasporto dell'Assistito con ambulanza nell'impossibilità di utilizzo del servizio gratuito fornito dal Servizio Sanitario Nazionale e limitatamente, comunque, a riconosciute necessità di trasferimento da/a domicilio per ammissione a ricovero ospedaliero o per dimissione da ricovero ospedaliero; il trasferimento tra diverse strutture ospedaliere; il trasporto per ricovero urgente in pronto soccorso (anche se non seguito da ricovero ospedaliero).

La presente garanzia è prestata nel limite di € 105,00 per trasporto. Si precisa che sono esclusi i trasferimenti in ambulanza in caso di visite mediche, controlli diagnostici e ricoveri in case di riposo.

A2) Retta accompagnatore (in alternativa all'Assistenza infermieristica privata individuale in ricovero)

Retta di pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura, nel limite di € 24,00 al giorno per un massimo di 30 giorni all'anno.

A3) Assistenza infermieristica domiciliare

Assistenza infermieristica domiciliare, nel limite di € 40,00 al giorno per un massimo di 60 giorni all'anno, compresi i giorni di assistenza infermieristica privata individuale in ricovero.

A4) Estero

È previsto un rimborso ad integrazione delle fatture già pagate dal Fondo anche in caso di ricoveri avvenuti all'estero.

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

A) Esami diagnostici e strumentali - Esami di laboratorio

Verranno rimborsate tutte le spese sostenute ad integrazione di quanto riconosciuto dal Tariffario del Fondo. Eventuali esami, effettuati a domicilio di assistito infermo, sono ammessi a rimborso sempre che siano specificatamente prescritti in tal senso dal medico curante.

Sono esclusi dalla presente garanzia gli esami che risultino di controllo preventivo o periodico (check-up).

Il massimale annuo per la presente garanzia è pari a € 5.200,00 anno/nucleo.

B) Presidi ortopedici e sanitari

La garanzia si applica ogni due anni sulle spese sostenute per l'acquisto di apparecchi acustici entro il massimale di € 1.000,00 per orecchio.

Sono altresì comprese nella garanzia le spese sostenute per l'acquisto di busti ortopedici, cinti erniari, collari ortopedici, corsetti e tutori ortopedici entro il limite di € 180,00 per presidio.

C) Visite specialistiche Visite pediatriche e Consulti specialistici

Sono riconosciute le spese di seguito elencate ad integrazione di quanto riconosciuto dal Tariffario del Fondo:

- Visite specialistiche (fino a € 62 per prestazione);
- Visite dietologiche (max 2 visite/anno, fino a € 62 per prestazione);
- Visite nutrizionistiche di: biologo nutrizionista, specialista in scienze dell'alimentazione (max 2 visite/anno fino a € 45,00 per prestazione). Tale prestazione è alternativa alla visita dietologica;
- Visite pediatriche (per minore fino a 14 anni; fino a € 62 per prestazione);
- Consulto specialistico (eseguito collegialmente; fino a € 180 per prestazione);
- Altre prestazioni rese da medico specialista: terapia sclerosante (massimale € 300,00 annuo pro-capite);

D) Prestazioni odontoiatriche

Sono riconosciute le spese di seguito elencate, ad integrazione di quanto previsto dal Tariffario del Fondo:

- cure odontoiatriche e protesiche;
- cure ortodontiche.

Il massimale annuo per la presente garanzia è pari a € 5.200,00 anno/nucleo.

E) Occhiali o lenti a contatto

Sono riconosciute ogni triennio, ad integrazione di quanto previsto dal Tariffario del Fondo, le spese sostenute per l'acquisto di occhiali, lenti a contatto (comprese le monouso) accompagnate da certificato del medico oculista o optometrista regolarmente abilitato.

In caso di intervento chirurgico per difetti di rifrazione vengono riconosciuti due ulteriori paia di occhiali entro i 12 mesi successivi alla data dell'intervento.

In caso di utilizzo di lenti a contatto potrà essere presentata una sola richiesta di rimborso nell'arco dell'intero anno solare.

Sono esclusi dalla garanzia gli occhiali da sole, subacquei, da sci ovvero le spese relative al solo cambio di montatura.

Il rimborso spese per occhiali è riconosciuto esclusivamente in alternativa al rimborso per lenti a contatto.

Il massimale per la presente garanzia è pari a € 180,00 per triennio pro-capite.

F) Terapia Fisica

Sono riconosciute tutte le spese per terapie fisiche ad integrazione di quanto previsto dal Tariffario del Fondo.

Le spese vengono riconosciute esclusivamente se eseguite presso centri medici specializzati e autorizzati dagli Enti competenti all'esercizio di attività sanitarie fisioterapiche, da terapisti della riabilitazione regolarmente abilitati ovvero da osteopati e chiropratici. Sono considerati centri autorizzati anche quelli aventi sede presso stabilimenti termali, purché in possesso di regolare autorizzazione alla terapia riabilitativa.

Non viene riconosciuto il concorso spese per le terapie effettuate presso palestre, studi estetici, club ginnico-sportivi e assimilati.

Il massimale annuo per la presente garanzia è pari a € 800,00 anno pro-capite.

PSICOTERAPIA

La Società riconosce le spese per psicoterapia conseguenti a neoplasia maligna fino a due anni dalla diagnosi della patologia con il limite di € 80 per seduta e per un massimo di € 1.000, da considerarsi quale disponibilità unica per annualità e per nucleo familiare assistito. Le prestazioni devono essere prescritte da medico specializzato in psichiatria o in neuropsichiatria ed eseguite da figure professionali riconosciute dagli Elenchi delle arti e Professioni sanitarie, con iscrizione al relativo albo.

PACCHETTO PREVENZIONE FIGLI MINORI

La Società riconosce una volta nella fascia di età indicata un pacchetto prevenzione. La garanzia è operante solo in rete.

FASCIA DI ETÀ'

6 - 18 mesi

Anamnesi generale, visita otoiatrica, valutazione auxologica, psicomotoria e cognitiva, udito.

4 - 6 anni

Anamnesi generale, visita oculistica, visita ortopedica, valutazione auxologica, psicomotoria e cognitiva, oculistica.

7 - 8 anni

Anamnesi generale, visita oculistica, visita ortopedica, valutazione auxologica, psicomotoria e cognitiva, oculistica.

11 - 15 anni

Anamnesi generale, visita ortopedica, visita dermatologica o dietista, valutazione auxologica, psicomotoria e cognitiva, fisiatrica.

18 anni

ECG e visita cardiologica.

L'Assistito potrà effettuare la seguente prevenzione oftalmologica in alternativa a ciascun pacchetto previsto per le fasce 2-3-4-5:

PREVENZIONE OFTALMOLOGICA

- Valutazione anamnestica
- Esame del segmento anteriore (cornea, congiuntiva, ecc) ed annessi oculari
- Studio del fundus oculi per individuare patologia retiniche
- Tono oculare
- Misurazione del visus per vicino e lontano, sia mono che bioculare
- Valutazione della motilità oculare

A. ESCLUSIONI

Sono escluse dalla copertura le spese per:

- 1) visite mediche generiche nonché quelle assimilabili a visite generiche, anche se effettuate da medico specialista, in quanto rese in forma ripetitiva e quindi a queste assimilabili;
- 2) visite specialistiche non inerenti alla specialità medica attestata dai titoli accademici acquisiti dal professionista;
- 3) ogni tipo di spesa per acquisto di medicinali (compresi vaccini);
- 4) iniezioni endovenose, sottocutanee o intramuscolari, nonché vaccinazioni (ad esclusione delle terapie desensibilizzanti);
- 5) trattamenti psicoanalitici;
- 6) visite, cure ed interventi chirurgici di tipo estetico, ad eccezione dei casi in cui siano necessari per gravi motivazioni di carattere medico e/o funzionale;
- 7) ricoveri e/o soggiorni per cura non aventi specifiche caratteristiche diagnostiche e terapeutiche;
- 8) controlli medici preventivi e/o periodici a carattere generale o mirato (check-up), anche se fruiti in ricovero e day hospital;
- 9) visite mediche di idoneità alla pratica di attività sportive, visite medico legali e/o assicurative, visite per il rilascio di certificazioni mediche anche se redatte da medico specialista, visite di medicina del lavoro;
- 10) prestazioni non controllabili o non comprese nella pratica medica o nella farmacopea ufficiale (es, cure omeopatiche, pranoterapia, iridologia, fitoterapia, cromoterapia, ecc.);
- 11) spese funerarie;
- 12) spese relative al costo di copie di cartelle cliniche, copie di referti radiologici, copie film di coronarografie ecc.;
- 13) elaborazione dieta;
- 14) prodotti dietetici;
- 15) presidi quali: ventriera, slip elastici, calzature ortopediche, calze elastiche, plantari, stampelle, bastoni ortopedici;
- 16) spese per acquisto/noleggio di attrezzi per terapia fisica, ad eccezione di quelli relativi alla magnetoterapia;
- 17) spese per acquisto/noleggio di: carrozzelle, letti ortopedici, girelli, tripodi;
- 18) materiale di medicazione (ad esclusione di quello utilizzato in sede di intervento chirurgico);
- 19) pannoloni per incontinenti;
- 20) spese per acquisto di detergenti per lenti a contatto;
- 21) acquisto di bombole di ossigeno per ossigenoterapia domiciliare;
- 22) spese viaggio e soggiorno per prestazioni sanitarie effettuate fuori dal luogo di residenza dell'Assistito;
- 23) spese per prestazioni non previste dal Tariffario del FISDAF in vigore al 01/12/2016.

B. LIMITI DI ETÀ

Non sono assicurabili le persone di età superiore a 80 anni. Per gli Assistiti che raggiungano il limite di età, la copertura cessa alla prima scadenza annuale del contratto, salvo specifica deroga.

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo o tossicodipendenza. Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità della polizza, l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del codice civile. Viene prevista la possibilità di accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dalle esclusioni.

TERMINI E CONDIZIONI PER L'ESERCIZIO DEL RIMBORSO

L'integrazione a quanto già rimborsato dal tariffario FISDAF sarà erogabile attraverso due differenti modalità:

1. **forma DIRETTA** per tutte le prestazioni presenti in copertura, ove queste vengano erogate presso le sole strutture convenzionate con la rete di GENERALI, previa attivazione della richiesta di autorizzazione con un preavviso di almeno **5 giorni** feriali per i **servizi ospedalieri** e **2 giorni** feriali per quelli **extraospedalieri**.

Il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di copertura integrativa avverrà secondo le condizioni della convenzione stipulata da GENERALI con le case di cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati. In ogni caso, la copertura integrativa non potrà mai rimborsare somme eccedenti l'importo dei massimali previsti per ciascuna garanzia rientrante nel Tariffario FISDAF, secondo le specifiche già indicate nella precedente sezione "Forma di erogazione delle prestazioni"; resteranno pertanto a carico dell'Assistito le spese non previste dal Tariffario FISDAF nonché le spese non garantite dalla copertura integrativa. In ogni caso, le tariffe applicate dalle strutture convenzionate saranno quelle di maggior vantaggio concordate con GENERALI.

2. **forma INDIRETTA** per le sole prestazioni riferite a:

- a. **ricoveri con/senza intervento** (Artt. 16, 16.1, 16.2, 16.3, 16.4, 16.5)
- b. **interventi ambulatoriali** (Art. 23)
- c. **spese odontoiatriche** (Art.19)

per le quali GENERALI attiverà la copertura integrativa (ossia a rimborso) alle stesse condizioni della forma DIRETTA.

L'assistito dovrà effettuare il pagamento alla struttura/medico presso cui ha effettuato la prestazione richiedendone successivamente il rimborso al FISDAF; il Fondo rimborserà la propria parte come da Tariffario e invierà la pratica per il rimborso della parte integrativa a GENERALI che pagherà direttamente all'assistito.

NOTA BENE:

Non sarà più possibile la forma MISTA (Struttura convenzionata ed equipe medica non convenzionata).

ESEMPI DI RIMBORSO

Di seguito proponiamo un esempio di indennizzo in forma diretta:

poiché il Tariffario FISDAF prevede per le visite specialistiche un rimborso pari all'80% della spesa fino a un massimo di € 62, a fronte di una spesa di € 60 presso una struttura convenzionata in forma diretta la copertura integrativa darà diritto ad un rimborso di € 12, aggiuntivo a quello del FISDAF, che sarà pari all'80% della spesa ossia a € 48. In questo caso quindi, grazie alla copertura integrativa, l'Assistito si vedrà rimborsare il 100% della prestazione.

Qualora invece la spesa totale fosse di € 160, sempre presso una struttura convenzionata in forma diretta, la copertura integrativa darà diritto ad un rimborso di € 62, oltre all'importo riconosciuto dal FISDAF come da Tariffario, pari a € 62 (massimo previsto per le visite specialistiche). In questo caso quindi l'Assistito si vedrà rimborsare (in forma diretta, quindi senza dover anticipare la somma) un totale di € 124 a fronte di una spesa per la prestazione di € 160: rimarranno pertanto a suo carico € 36, che l'Assistito salderà direttamente alla struttura.

Le prestazioni suddette devono essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere), nonché fatturate da istituto di cura e/o da centro medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista, che dovrà risultare coerente con la cura.

Vi ricordiamo inoltre che sulle fatture/notule/ricevute di spesa superiori a € 77,47 dovrà essere sempre apposta la **marca da bollo** o essere assolta in modo virtuale; i documenti non in regola non potranno essere presi in gestione e quindi rimborsati.

GLOSSARIO

Annualità assicurativa	Si intende per annualità assicurativa il periodo che intercorre tra la data di decorrenza e la prima data di scadenza del contratto. Per le annualità assicurative successive è il periodo che intercorre tra la data di rinnovo e la successiva data di scadenza.
Assicurato	La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Assistenza infermieristica	L'assistenza infermieristica professionale prestata da personale fornito di specifico diploma.
Centrale Operativa Medica	La struttura è costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite "in rete" dal contratto.
Condizioni di assicurazione	Il documento che disciplina in via generale il contratto di assicurazione.
Contraente	La persona giuridica che stipula il contratto di assicurazione.
Day Hospital	La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.
Difetto fisico	Deviazione del normale assetto morfologico di un organismo o parti di esso dovuto a sviluppo somatico in soggetti già costituzionalmente predisposti o a condizioni traumatiche acquisite.
Durata contrattuale	Periodo durante il quale il contratto è efficace.
Franchigia	Per le garanzie che indennizzano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dall'indennizzo, che resta comunque a carico dell'Assicurato. Per le garanzie che prevedono un'indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Intervento Chirurgico Ambulatoriale	L'intervento di chirurgia effettuato senza degenza, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia, ago aspirato, infiltrazioni articolari.
Istituto di Cura	Ogni ospedale, clinica o casa di cura in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di

degenza diurna.

IVASS	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio che necessiti di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici.
Malattia oncologica	Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.
Nota informativa	Documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la società deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Società, al contratto stesso e alle caratteristiche del contratto.
Nucleo familiare	<p>Il Titolare dell'assistenza (Dirigente) e i familiari come previsti dallo Statuto FISDAF:</p> <ul style="list-style-type: none">a) il coniuge (anche legalmente separato purché con diritto di assegno alimentare);b) i figli fino all'età di 26 anni, o i minori in affidamento, qualora risultino a carico del Dirigente in quanto appartenenti al suo nucleo familiare, appartenenza di norma dimostrabile con la produzione del certificato di stato di famiglia, secondo le specifiche indicazioni e le condizioni di assistibilità definite dal Regolamento. E' fatto salvo il mantenimento dell'assistenza nei casi di inabilità/invalidità accertata, secondo quanto previsto dal Regolamento;b1) in caso di separazione o divorzio del Dirigente, i figli fino all'età di 26 anni, o i minori in affidamento, qualora risultino a carico in quanto appartenenti al nucleo familiare di uno dei due genitori, appartenenza di norma dimostrabile con la produzione del certificato di stato di famiglia, secondo le specifiche indicazioni e le condizioni di assistibilità definite dal Regolamento. E' fatto salvo il mantenimento dell'assistenza nei casi di inabilità/invalidità accertata, secondo quanto previsto dal Regolamento;c) i figli già beneficiari, al compimento del 26° anno di età, secondo le modalità di assistibilità e per la durata, comunque a termine, previste dal Regolamento;d) i figli del coniuge beneficiario, purché di età inferiore a 26 anni, conviventi e a carico del Dirigente, secondo i criteri definiti dal Regolamento;e) i genitori del Dirigente, che risultino a suo carico al momento dell'iscrizione del Dirigente al FISDAF e per i quali sia fatta specifica richiesta in detto momento, secondo quanto previsto dal Regolamento;f) il convivente more uxorio del Dirigente non coniugato, vedovo o divorziato oppure separato (in quest'ultima ipotesi limitatamente ai casi in cui il coniuge separato non sia beneficiario delle prestazioni riconosciute dal FISDAF), che sia ammesso con le modalità previste dal Regolamento. La convivenza more uxorio dovrà essere documentata mediante certificato di stato di famiglia rilasciato ai sensi del D.P.R. 223/1989 o mediante dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del D.P.R. 445/2000.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Protesi	Dispositivo con carattere anatomico-funzionale usato per sostituire parzialmente o totalmente una parte del corpo umano non più in grado di operare correttamente.
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.

Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Scoperto	La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.
Sinistro	Il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Società	GENERALI Italia S.p.A. che esercita le assicurazioni e le operazioni indicate all'Art. 2 del Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209.
Strutture Mediche Convenzionate	Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici, convenzionati con la Centrale Operativa Medica, che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dalla Società, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.
Ticket sanitario	E' il contributo dovuto per la prestazione ricevuta, calcolato sulle tariffe del Servizio Sanitario Nazionale. La prestazione può essere erogata o da una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, o da una struttura privata in regime di convenzione.
