

Guida al
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO del GRUPPO INTESA SANPAOLO
PERSONALE IN SERVIZIO o in "ESODO" - PARTE 1 ^




Centro Alti Studi Interdisciplinari
Dipartimento per la reintroduzione della legge 36/1904 in ambito bancario
DECORRENZA GENNAIO 2014

INDICE

- Pagina 3 CURE DENTARIE
- Pagina 4 OCULISTICA
- Pagina 5 PROTESI e altro - 1
- Pagina 6 PROTESI e altro - 2
- Pagina 8 Prestazioni Specialistiche / ALTA DIAGNOSTICA
- Pagina 9 Prestazioni Specialistiche / VISITE / PRESTAZIONI - 1
- Pagina 10 Prestazioni Specialistiche / VISITE / PRESTAZIONI - 2
- Pagina 11 Prestazioni Specialistiche – TICKET
- Pagina 13 Prestazioni OSPEDALIERE 1
- Pagina 14 Prestazioni OSPEDALIERE 2
- Pagina 15 Prestazioni OSPEDALIERE 3
- Pagina 16 Prestazioni OSPEDALIERE 4
- Pagina 17 ALTRE PRESTAZIONI
- Pagina 18 Rimborsi - MODALITA'
- Pagina 19 Rimborsi - ESCLUSIONI
- Pagina 20 FISCO
- Pagina 21 INFORMAZIONI

Mezzi ausiliari, correttivi, cure dentarie

CURE DENTARIE

CURE DENTARIE 	Massimale per <u>Nucleo Familiare</u> 1.500 €uro	Franchigia 30%	Minimo per evento non previsto
VISITE CONTROLLO ABLAZIONE TARTARO 	Massimale per <u>PERSONA</u> 75 €uro	Franchigia non prevista	Minimo per evento non previsto

ATTENZIONE

- Il massimale per **VISITE DI CONTROLLO e ABLAZIONE TARTARO** è **in aggiunta** a quello per le **CURE DENTARIE** e si deve intendere riferito **per persona una volta l'anno, senza applicazione di franchigia o di minimo per evento.**
- I **TICKET** (vedi pag. 11) relativi a *Cure Dentarie* sono **rimborsati INTEGRALMENTE** e non necessitano del prospetto cure compilato dal dentista. L'importo pagato sarà dedotto dal massimale *Cure Dentarie*.
- Le spese per le Cure Dentarie e le Paradontopatie conseguenti ad INFORTUNIO effettuate ambulatorialmente sono disciplinate a parte, come meglio descritto a pag. 9.

Mezzi ausiliari, correttivi, cure dentarie

OCULISTICA

MEZZI CORRETTIVI OCULISTICI



Massimale per
Nucleo familiare

450 €uro

Franchigia

30%

Minimo per
evento

non previsto

- ❖ Sono rimborsabili sia gli occhiali (compresa la montatura), sia le lenti a contatto (ivi comprese quelle c.d. "usa e getta")
- ❖ E' necessaria una prescrizione medica effettuata nel corso dei 5 anni precedenti
- ❖ NON E' NECESSARIA LA MODIFICA VISUS

INTERVENTI CORRETTIVI DIFETTI VISIVI

Miopia
Astigmatismo
Astigmatismo miopico
Presbiopia
Ipermetropia



Massimale per
Nucleo familiare

1.500 EURO

Franchigia


20%

Minimo per
evento

non previsto

Mezzi ausiliari, correttivi, cure dentarie

PROTESI e altro - 1

	Massimale per Nucleo familiare	Franchigia	Minimo per evento
PROTESI AUDITIVE 	2.000 €uro	non prevista	non previsto
Acquisto / Riparazione / Noleggio: - APPARECCHI AUSILIARI CORRETTIVI e - APPARECCHI TERAPEUTICI resi necessari da perdite o menomazioni invalidanti certificate da Ente Pubblico	3.000 €uro	non prevista	non previsto
Acquisto / Riparazione: - PROTESI ORTOPEDICHE e - PROTESI OCULISTICHE da malattia, infortunio, malformazione congenita, che comportino una perdita od una menomazione invalidante certificata da Ente Pubblico			
Acquisto: - CARROZZELLE PER DISABILI * - APPARECCHI LARINGOFONI *			
* A condizione che rientrino nel "Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni Sanitarie Protesiche" del SSN oppure, ancorché non rientranti nel <i>Nomenclatore</i> , qualora rientrino nell'ambito delle finalità del FSI e su vincolante giudizio del Consulente Sanitario del FSI. <u>E' escluso il rimborso del materiale di consumo.</u>			

Mezzi ausiliari, correttivi, cure dentarie

PROTESI e altro - 2

Ricompresi nel massimale di 3.000 € (vedi pag. 5) sono rimborsati anche gli oneri per l'acquisto di:

	SUB-Massimale per Nucleo familiare	Franchigia	Minimo per evento
<p>- LATTE IN POLVERE *</p> <p>- MEDICINALI</p> <ul style="list-style-type: none"> Chemioterapici Antidiabetici Antiretrovirali Reperibili solo all'estero ** <p>- PROTESI e APPARECCHI AUSILIARI correttivi e/o terapeutici non inclusi tra quelli indicati a pag. 5</p>	600 €uro	non prevista	non previsto

* Con prescrizione medica (specialista o medico di base) e per spese sostenute nei primi 6 mesi di vita, con il limite di 300 € per neonato.

** Non erogati in tutto od in parte dal SSN, su prescrizione di enti ospedalieri o del medico di base con allegata la prescrizione dell'ente ospedaliero, con indicazione della durata della terapia.

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE



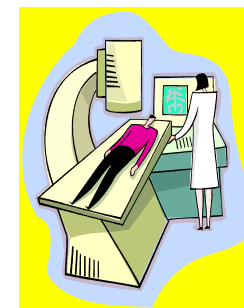
Prestazioni Specialistiche

ALTA DIAGNOSTICA

Alta Diagnostica

- Esami angiografici venosi ed arteriografici
- Diagnostica endoscopica
- Risonanza magnetica nucleare (RMN)
- Scintigrafia
- TAC
- PET
- Esami di oncologia molecolare
- Chemioterapia antineoplastica

- Immunoterapia antineoplastica
- Radioterapia antineoplastica
- Dialisi sia extracorporea sia peritoneale
- Doppler / Ecodoppler
- MOC
- Terapia interferonica
- Ricerche genetiche per malformazioni fetali, quali amniocentesi prelievo villi coriali etc., eseguite in stato di gravidanza.



PLAFOND Nucleo Familiare



15.000 €
30.000 €

elevato a
in caso di Grandi Eventi Patologici

FRANCHIGIA



20 %

per la dialisi ed i Grandi Eventi Patologici
non è prevista alcuna franchigia

ATTENZIONE – MEDICI / STRUTTURE TOTALMENTE CONVENZIONATI

Anche per le prestazioni di ALTA DIAGNOSTICA erogate da medici/strutture totalmente convenzionati l'iscritto sosterrà esclusivamente una **franchigia del 20% dell'onere di ciascuna prestazione fruita** (esclusi dialisi e GEP); il rimanente costo sarà a carico del FSI, ovviamente fino alla concorrenza del relativo massimale.

Prestazioni Specialistiche

VISITE / PRESTAZIONI - 1

	MASSIMALE NUCLEO FAMILIARE	FRANCHIGIA	MINIMO
<p>Onorari medici per: <u>VISITE e PRESTAZIONI SPECIALISTICHE</u></p> <p>Spese per: <u>ANALISI ed ESAMI DIAGNOSTICI</u> compresi i relativi onorari medici</p> <p>Spese per: <u>PARADONTOPATIE e CURE DENTARIE</u> (ambulatoriali) a seguito di infortunio</p> <p>Dall'accertamento della GRAVIDANZA: <u>ONORARI MEDICI, ANALISI ed ESAMI DIAGNOSTICI</u> sino al ricovero e 90 giorni successivi al termine dello stesso</p>	4.000 Euro*	30%	= = =
<p>* Il massimale é RADDOPPIATO in caso di Grandi Eventi Patologici, non si applicano FRANCHIGIE.</p>			
<p>Spese per <u>TRATTAMENTI FISIOTERAPICI e RIEDUCATIVI</u> a valere sul massimale precedente di 4.000 Euro e solo a fronte di prescrizione medica</p>	800 Euro**	30%	= = =
<p>** Il massimale è RADDOPPIATO in caso di Grandi Eventi Patologici e non si applicano FRANCHIGIE; il massimale di 800 Euro è altresì raddoppiato, per una sola volta, se i trattamenti sono conseguenti ad intervento di artroprotesi e gli stessi devono essere fruiti entro 12 mesi dall'evento.</p>			



Prestazioni Specialistiche

VISITE / PRESTAZIONI - 2

MEDICI E/O STRUTTURE TOTALMENTE CONVENZIONATI

Qualora le PRESTAZIONI SPECIALISTICHE indicate nella pagina precedente siano erogate da medici/strutture totalmente **CONVENZIONATI**, l'iscritto sosterrà per ogni prestazione esclusivamente una FRANCHIGIA (la parte rimanente sarà sostenuta dal Fondo fino alla concorrenza del massimale)

	MASSIMALE NUCLEO FAMILIARE	FRANCHIGIA	MINIMO
<u>VISITE SPECIALISTICHE</u>	} 4.000 €uro	25%	= = =
<u>ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI</u>		30%	= = =

I massimali sono RADDOPPIATI in caso di Grandi Eventi Patologici e non sarà applicata alcuna FRANCHIGIA.



Prestazioni Specialistiche

TICKET

Le quote di partecipazione alla spesa del **Servizio Sanitario Nazionale** (SSN), i c.d. **TICKET**:



sono rimborsati integralmente (100% della spesa)
senza applicazione di qualsivoglia franchigia
senza applicazione della c.d. "DIFFERITA"

In analogia, le spese sostenute per analisi ed accertamenti diagnostici effettuate presso centri/strutture sanitarie private (convenzionate con il SSN), di importo equivalente al ticket del SSN, saranno integralmente rimborsate.

Prestazioni OSPEDALIERE



Prestazioni OSPEDALIERE

1

In caso di ricovero in un istituto di cura (ospedali, cliniche o istituti universitari) per infortunio o malattia **-con o senza intervento chirurgico-**, o di intervento ambulatoriale chirurgico, sono rimborsati gli oneri per:

SPESE per ONORARI DEL CHIRURGO, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; spese per diritti di sala operatoria e/o per materiale d'intervento (compresi apparecchi protesici o terapeutici, le endoprotesi e le protesi dentarie se conseguenti ad infortunio od a Grandi Eventi Patologici).

SPESE per RETTE DI DEGENZA, spese per assistenza medica, infermieristica e assistenziale (effettuata da personale abilitato), cure, medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami ed accertamenti diagnostici (compresi onorari medici) sostenute durante il periodo di ricovero o di degenza.

Non sono mai rimborsate: spese concernenti il comfort e/o i bisogni non essenziali del degente.

Le spese per rette di degenza sono liquidate con il limite giornaliero di **300 Euro**

350 Euro in caso di Grandi Eventi Patologici

SPESE per ASSISTENZA MEDICA, cure, medicazioni, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici (compresi onorari medici), protesi e noleggio/acquisto presidi sostenute nei 90 giorni (120 se presso SSN) precedenti il ricovero o l'intervento ambulatoriale e nei 90 giorni successivi al termine del ricovero od alla data dell'intervento ambulatoriale.

Il PLAFOND annuo PER EVENTO è di:

PRESTAZIONI OSPEDALIERE  **150.000 €**

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI  **300.000 €**

Prestazioni OSPEDALIERE

2

INTERVENTO AMBULATORIALE

Fermi restando i massimali indicati nella pagina precedente, in caso di intervento ambulatoriale i rimborsi saranno effettuati **applicando una franchigia del 20%**.

RICOVERI SENZA INTERVENTO CHIRURGICO di durata inferiore a 5 GIORNI (4 notti)

E' applicata una **franchigia minima di 500 €uro**, esclusi i casi di:

- gravidanza,
- parto,
- dialisi,
- diabete e
- Grandi Eventi Patologici.

INDENNITA' DI DIARIA

In caso di ricovero in istituto di cura (anche in day hospital) **che non comporti rimborsi per il Fondo Sanitario**, ad eccezione delle spese per assistenza infermieristica ed assistenziale sostenute durante la degenza (vedi pagina successiva), nonché quelle per l'assistenza medica (vedi pagina precedente), è corrisposta **un'indennità di 90 €** per ogni giorno intero di durata del ricovero (compreso il giorno d'ingresso), con un limite massimo per beneficiario e per evento di 90 giorni l'anno, raddoppiati nel caso di Grandi Eventi Patologici.

In caso di parto non cesareo l'indennità minima è di 500 €.

Prestazioni OSPEDALIERE

3

In caso di **RICOVERO**, sempre nei limiti dei massimali indicati a pagina 13, sono rimborsate anche le:

- **Spese per vitto, pernottamento in istituto di cura**, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per accompagnatore dell'assistito, con un limite massimo giornaliero di 100 €uro e con un massimo per evento di 30 giorni (i massimali sono raddoppiati nel caso di Grandi Eventi Patologici).
- **Spese per il trasporto dell'assistito** (se non sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale) "a" e "da" ospedale od in casa di cura e da istituto di cura o ospedale ad un altro (in Italia od all'estero) con autoambulanza, eliambulanza (e unicamente per i Grandi Interventi Chirurgici anche l'aereo, il treno ed il traghetto), nel limite massimo di 1.500 € per anno e per nucleo familiare.
- **Spese per assistenza infermieristica** domiciliare nei 90 giorni precedenti (120 giorni per interventi presso il SSN) e 90 successivi al ricovero od all'intervento ambulatoriale, con un limite massimo di 60 €uro giornalieri e per un massimo di 90 giorni (raddoppiati, anche oltre il limite dei giorni precedenti e successivi, nel caso di Grandi Eventi Patologici).

Prestazioni OSPEDALIERE

4

Fermo restando il plafond di 150.000 € euro (v. pag. 13), in caso di RICOVERO in un istituto di cura per

PARTO,

PARTO DOMICILIARE ASSISTITO,



ABORTO,

INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA

sono rimborsati gli oneri per:

- ✓ **Spese per onorari del chirurgo**, dell'aiuto, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; spese per diritti di sala operatoria o per materiale d'intervento;
- ✓ **Spese per rette di degenza**; spese per assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, cure, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici (compresi onorari medici) sostenute durante il periodo di ricovero o di degenza;
- ✓ **Spese per l'assistenza al neonato durante la degenza,**

con i seguenti limiti:

Parto cesareo od aborto		max 7.800 €	per evento
Parto non cesareo		max 3.500 €	per evento

ALTRE PRESTAZIONI

Assistenza (compreso il ricovero in casa di cura) per INTOSSICAZIONI dovute a:	Massimale per Nucleo familiare	Franchigia	Minimo per evento
<ul style="list-style-type: none"> - ABUSO ALCOLICI - USO ALLUCINOGENI - USO NON TERAPEUTICO di PSICOFARMACI o STUPEFACENTI 	1.500 €	30%	non previsto
Oneri, compresi anche quelli connessi al ricovero in casa di cura, relativi a:	Massimale per Nucleo familiare	Franchigia	Minimo per visita
<ul style="list-style-type: none"> - INTERVENTI PSICOTERAPEUTICI - INTERVENTI PSICOANALITICI - ovvero conseguenti a MALATTIE di CARATTERE PSICOSOMATICO 	1.500 €	30%	25 €
<u>INDENNITA' DI DIARIA</u>			
In caso di ricovero in istituto di cura (anche in day hospital) che non comporti rimborsi per il Fondo Sanitario , è corrisposta un'indennità di 90 € per ogni giorno intero di durata del ricovero (compreso il giorno d'ingresso), sino alla concorrenza dei sopra evidenziati massimali.			

Rimborsi - MODALITA'

Le spese sostenute potranno essere inoltrate singolarmente ed indipendentemente dal loro importo.

Fatta salva l'eventuale franchigia, le spese saranno liquidate

- nella misura dell'80% in 45 giorni circa dalla ricezione della documentazione;
- il residuo 20% -c.d. "DIFFERITA"- entro il 30 giugno dell'anno successivo, post approvazione bilancio e verificatane la capienza.

Esempio: spesa di Euro 400,00 per cure dentarie.

Franchigia a carico dell'iscritto (30% di 400,00)	120,00
Spesa rimborsata entro 45 gg. (80% di quanto speso al netto della Franchigia)	224,00
Spesa rimborsata entro il 30 giugno dell'anno successivo (20% di quanto speso al netto della Franchigia)	56,00

ECCEZIONI

Le spese connesse ai **GRANDI EVENTI PATOLOGICI** sono escluse dall'applicazione del metodo della "DIFFERITA".

Le spese inerenti alla partecipazione alla spesa del SSN -**TICKET**-, oltre ad essere escluse dall'applicazione del metodo della "DIFFERITA", sono esenti dall'applicazione della FRANCHIGIA.

Le prestazioni erogate da medici e/o centri **TOTALMENTE CONVENZIONATI** sono escluse dall'applicazione del metodo della "DIFFERITA" e prevedono una franchigia percentuale di:

ALTA DIAGNOSTICA	20 %
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	30 %
VISITE SPECIALISTICHE	25 %

Rimborsi - ESCLUSIONI

NON SONO RIMBORSATE le indennità e le spese sostenute per

- Cure o applicazioni o chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico, con l'esclusione di quelle relative ai neonati fino al compimento del terzo anno d'età e per forme ricostruttive rese necessarie a seguito di infortunio o Grande Evento Patologico
- Agopuntura se non praticata da medico iscritto all'ordine professionale
- Cure conseguenti ad infortuni dovuti al proprio stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti (sempreché non siano assunte a scopo terapeutico); al compimento di proprie azioni delittuose; all'uso -anche come passeggero- di veicoli o natanti a motore, in competizioni non di regolarità pura (ivi comprese le prove); partecipazione -non dilettantistica- a competizioni sportive (ivi comprese le prove)
- Cure di malattie mentali che comportino un trattamento sanitario obbligatorio
- Cure termali ed idropiniche, ad esclusione del ticket che invece è rimborsato
- Conseguenze della trasmutazione del nucleo dell'atomo
- Medicinali (tranne quelli relativi alle Prestazioni Ospedaliere e quelli chemioterapici, antidiabetici, antiretrovirali o di quelli reperibili solo all'estero, vedi pag. 6)
- Cure omeopatiche (tranne le visite specialistiche e gli accertamenti ambulatoriali eseguiti da un medico iscritto all'ordine professionale), cure pranoterapiche, cure fitoterapiche e similari, visite di medicina sportiva, del lavoro, legale ed assicurativa
- Ricoveri presso stabilimenti termali, case di riposo e in clinica aventi finalità dietologiche (vulgo: *cure dimagranti*) ed estetiche
- Trattamenti fisioterapici e riabilitativi effettuati presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere, se privi di Direttore Sanitario che certifichi la prestazione

FISCO



I contributi che i lavoratori versano alla Fondo Sanitario non concorrono alla formazione del reddito imponibile con un limite complessivo di €uro 3.615,20; tale adempimento viene assolto direttamente dal datore di lavoro.

Gli importi relativi alle spese di carattere sanitario **non rimborsati** dal Fondo Sanitario (quali ad esempio: le franchigie, le somme eccedenti i massimali rimborsabili, gli importi non rimborsati), sono detraibili ai fini IRPEF nella misura del 19% sulla parte che eccede €uro 129,11. L'iscritto dovrà quindi: sommare tutte le spese sanitarie sostenute (e non rimborsate dal "Fondo"), sottrarre la franchigia di €uro 129,11, sul residuo importo applicare la detrazione del 19%.

INFORMAZIONI

FONDO SANITARIO INTEGRATIVO

UNITA' ANAGRAFE

Aspetti riguardanti: pratiche di iscrizione, variazioni carichi familiari, contribuzioni, adempimenti in materia di privacy

☎ 02 879 43001 dalle 9:00 alle 12:30
dal lunedì al venerdì

☎ 02 879 47116

@ anagrafe@fondosanitariogruppointesasanpaolo.it

SERVIZIO ISCRITTI

Aspetti inerenti: domande di rimborso, liquidazioni, disguidi nell'accesso ai servizi del Fondo:

☎ 02 879 43001 dalle 9:00 alle 12:30
dal lunedì al venerdì

☎ 02 879 47116

@ serviziocrisiti@fondosanitariogruppointesasanpaolo.it

✉ **Recapito postale comune per**

Unità Anagrafe e Servizio Iscritti:

Fondo Sanitario Integrativo del gruppo Intesa Sanpaolo
Via Cechov 50/5
2012 MILANO

PREVIMEDICAL

CONTACT CENTER

CENTRALE OPERATIVA

CONSULENZA MEDICA

☎ **800 08 37 78** **numero verde da rete fissa**
dalle 9:00 alle 18:00
dal lunedì al venerdì

☎ 199 28 48 37 a pagamento da rete mobile

☎ +39 04221744555 a pagamento dall'estero

☎ 0422 17 44 555

✉ Centrale Operativa Fondo Sanitario Integrativo del gruppo
Intesa sanpaolo – Previmedical S.P.A.
Via Forlanini 24
31022 PREGANZIOL (TV)

@ contactcenter.fsi@previmedical.it **Contact Center**

@ centraleoperativa.fsi@previmedical.it **Centrale Operativa**

@ centraleoperativa.fsi@previmedical.it **Consulenza Medica**

CREDITI

Libero SINFUB

Associazione Sindacale aderente alla

**Federazione Nazionale Sindacati Autonomi
Personale di Credito, Finanza e Assicurazioni**

Via della Montagnola 37 – 30174 Venezia Mestre

Telefono	0415441133
Fax	0415442709
Cellulare	3383316249
Web	www.liberosinfub.com
E-mail	segreteria@liberosinfub.com

