



Regolamento del Sussidio “SANI2”

Il Presente Regolamento è da considerarsi parte integrante dello Statuto e del Regolamento delle attività del Fondo Sanitario Integrativo FONDOSANI

Indice	Pagina
SEZIONE 1: Definizioni	3
SEZIONE 2: Norme Generali che regolano il Sussidio	8
SEZIONE 3: Norme relative a tutte le Garanzie	11
AREA SANITARIA	14
GARANZIE OSPEDALIERE	14
GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE	19
AREA SOSTEGNO	27
AREA PREVENZIONE	34
SERVIZI E ASSISTENZA DELLA CENTRALE SALUTE	35
<i>Allegato 1 “Elenco degli Interventi Chirurgici”</i>	38
<i>Allegato 2 “Tabella per la Determinazione del Grado di non Autosufficienza”</i>	40

Sezione 1.: Definizioni

Aborto: interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali o provocata artificialmente.

Aborto spontaneo: interruzione prematura di una gravidanza avvenuta per cause naturali, non causata da un intervento esterno.

Aborto terapeutico: interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come la presenza di gravi malformazioni del feto.

Anno: periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessantasei in caso di anno bisestile.

Assistenza Diretta: modalità di erogazione del servizio in base alla quale le prestazioni previste dal presente Sussidio sono effettuate presso strutture sanitarie utilizzando personale Medico (e/o sanitario) ambedue convenzionati con Fondosani, per il tramite di Health Assistance S.C.p.A. - (di seguito anche Health Assistance o Centrale Salute), e con applicazione degli specifici accordi di Convenzione vigenti tra Fondosani e le strutture/personale Convenzionati; in questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da parte di Fondosani alle strutture ed ai Medici/personale Convenzionati (escluse eventuali quote a carico dell'Associato ove previste). L'Assistenza Diretta è sempre subordinata all'Autorizzazione alla Presa in Carico (PIC). L'elenco delle Strutture è presente e consultabile nell'Area Riservata di Fondosani.

Assistenza Indiretta: modalità di erogazione del servizio in base alla quale Fondosani rimborsa le spese all'Associato dietro presentazione della documentazione medica e di spesa richiesta nei limiti di quanto previsto dal presente Sussidio. L'Assistenza Indiretta è prestata anche presso i Centri Convenzionati con il Network Fondosani/Health Assistance (c.d. Assistenza Indiretta in Network). In questo caso non è necessaria la preventiva autorizzazione alla Presa in Carico (PIC) ma, sarà necessario presentare il Modulo di Accesso al Network Indiretto alla Struttura/professionista Convenzionato per il proprio riconoscimento. L'elenco delle Strutture è presente e consultabile nell'Area Riservata di Fondosani.

Assistenza infermieristica: attività relativa all'assistenza sanitaria atta a mantenere o recuperare lo stato di salute, operata da infermiere professionista.

Associato: persona fisica iscritta regolarmente al Fondo ed il cui interesse è protetto dal Sussidio, residente stabilmente in Italia o nel territorio della Repubblica di San Marino e Città del Vaticano e più in generale nel territorio dell'Unione Europea. Sono Associati anche i familiari aventi diritto ai sensi del presente Regolamento.

Attività professionale: qualsiasi attività non inerente alla vita privata (es. attività commerciali, artigianali, industriali, professionali) anche se non esercitate come attività principali.

Carenza (termine di aspettativa): periodo temporale che intercorre tra la data di decorrenza della copertura e l'effettiva operatività delle garanzie. Per carenza si intende il periodo durante il quale le garanzie del Sussidio non sono efficaci, ovvero il numero di giorni a far data dalla decorrenza del Regolamento durante i quali la garanzia non ha effetto. Qualora

l'evento avvenga in tale periodo, Fondosani non corrisponde il Rimborso della prestazione prevista dal Sussidio.

Cartella Clinica: documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il Ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità per esteso, diagnosi all'ingresso, diagnosi alla dimissione, anamnesi patologica prossima e remota completa di tutti i riferimenti cronologici rispetto alla diagnosi di ingresso, terapie effettuate, Interventi chirurgici eseguiti, atto operatorio, esami e diario clinico. In quanto atto pubblico non è ammessa alcuna alterazione ovvero alcuna modifica, aggiunta o cancellazione successiva alla formazione dell'atto medesimo - anche se protese al ripristino della verità dei fatti in esso contenuti - se non da parte dello stesso Pubblico Ufficiale che l'ha formata, specificando le esatte ragioni dell'annotazione postuma.

Centrale Salute: gli uffici dedicati alla gestione delle pratiche di Rimborso e delle Prese in Carico in forma diretta, nonché a fornire le informazioni necessarie agli Associati per l'accesso alle prestazioni e ai servizi (www.healthassistance.it).

Centro Convenzionato: Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Centri polispecialistici, Laboratori di analisi, Centri fisioterapici, Studi medici specialistici, Studi odontoiatrici e qualsiasi altra Struttura/professionista che abbia stipulato un accordo con il Network Fondosani/Health Assistance per l'applicazione di tariffe agevolate applicabili alle prestazioni oggetto di garanzia sia in caso di Assistenza Diretta che Indiretta.

Centro Diagnostico: Ambulatorio o Poliambulatorio sanitario regolarmente autorizzato, in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, per le indagini diagnostiche e/o per gli Interventi chirurgici ambulatoriali.

Chemioterapia oncologica: ciclo di terapia effettuata con l'ausilio di farmaci volta a curare le patologie di carattere oncologico.

Ciclo di cura: insieme delle prestazioni connesse ad una medesima patologia/Infortunio, contestualmente prescritti dal Medico e presentati a Fondosani in un'unica richiesta di Rimborso.

Convalescenza: periodo di tempo successivo ad un Ricovero, prescritto dai Medici ospedalieri nella Cartella Clinica al momento delle dimissioni, necessario per la guarigione clinica, durante il quale l'Associato è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio.

Cure termali: trattamenti effettuati in Centri/Stabilimenti riconosciuti che possono utilizzare acque termali e loro derivati a fini terapeutici.

Data evento: per i Ricoveri o Interventi chirurgici si intende la data in cui avviene il Ricovero/Intervento; per le altre prestazioni previste dal presente Sussidio si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente erogata (se presenti più fatture relative allo stesso evento, la data dell'accadimento sarà considerata quella della prestazione relativa alla fattura con data antecedente).

Data insorgenza patologia: la data in cui lo stato patologico si è manifestato (con sintomatologia interna oppure esterna all'organismo). Per la definizione di patologia progressiva ai sensi del presente Sussidio sarà ritenuta data di prima insorgenza anche quella in

cui lo stato patologico è stato diagnosticato e/o è stato sottoposto ad accertamenti e/o è stato sottoposto a cure.

Day Hospital: Ricovero con degenza e assegnazione di posto letto in esclusivo regime diurno documentato da Cartella Clinica e finalizzato all'erogazione di trattamenti diagnostici, terapeutici, riabilitativi.

Day Surgery: Ricovero con degenza e assegnazione di posto letto in esclusivo regime diurno documentato da Cartella Clinica e finalizzato all'erogazione di trattamenti chirurgici.

Difetto Fisico: la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Evento: il fatto (determinato da patologia o Infortunio) per il quale operano le garanzie del presente Sussidio. In caso di Ricovero ordinario, e di trasferimento da una Struttura Sanitaria ad un'altra (es. da pubblica a privata e viceversa o da privata a privata), lo stesso si considererà "evento unico" allorché avvenuto senza soluzione di continuità. In quanto evento unico non potranno cumularsi Rimborsi relativi a differenti garanzie.

Fondo: Fondo Sanitario Integrativo "FONDOSANI"

Garanzia: la prestazione o i servizi o altra forma di tutela previste dal Sussidio e per le quali si prevede un Rimborso o una diaria o una Indennità o anche solo un servizio secondo i termini indicati dal Sussidio stesso.

Salvo quanto esplicitamente e diversamente previsto, il presupposto dell'operatività delle garanzie è la sussistenza di uno stato patologico (accertato o presunto) conseguente a Malattia o Infortunio.

Gessatura: l'apparecchiatura per l'immobilizzazione di una o più articolazioni, ottenuta con bende gessate oppure con fasce rigide od apparecchi ortopedici immobilizzanti, applicabile e rimuovibile unicamente da personale medico o paramedico, limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura radiograficamente accertata.

Guida Operativa per l'accesso ai servizi e alle prestazioni: è il documento complementare e parte integrante del presente Sussidio che illustra tempi, documentazione necessaria e modalità di accesso ai servizi e ai rimborsi sia in forma di Assistenza Diretta che in forma di Assistenza Indiretta. La Guida Operativa è sempre consultabile nell'Area Riservata dell'Associato presente sul sito di Fondosani www.fondosani.it oppure rinvenibile contattando direttamente il Back Office di Fondosani o il proprio promotore di riferimento.

Health Point: Centri di sanità leggera Convenzionati con il Network Fondosani/Health Assistance ubicati in luoghi pubblici ad elevata frequentazione (come centri commerciali, stazioni aeroportuali, o ferroviarie ecc.) costituiti da moduli dotati di devices di ultima generazione che consentono di promuovere un corretto stile di vita e benessere ed effettuare prestazioni di diagnosi anche attraverso refertazioni e consulenze mediche on line per il controllo di parametri finora possibile solo in modo invasivo; i dati elaborati confluiscono in una cartella sanitaria (fascicolo sanitario elettronico). Per ulteriori informazioni si consulti il sito: www.healthpointitalia.com.

Inabilità temporanea: la temporanea incapacità fisica, totale o parziale, ad attendere alle proprie attività.

Indennità integrativa: importo giornaliero erogato da Fondosani per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito di Malattia/Infortunio (del Parto e/o dell'Aborto terapeutico ove previsti). L'Indennità viene riconosciuta qualora non venga richiesto il Rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il Ricovero o ad esso comunque connesse (ad eccezione delle prestazioni pre e post Ricovero che verranno rimborsate secondo le modalità ed i limiti indicati nel Sussidio).

Indennità sostitutiva: importo giornaliero erogato da Fondosani per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito di Malattia/Infortunio (del Parto e/o dell'Aborto terapeutico ove previsti nel presente Sussidio). L'Indennità viene riconosciuta in sostituzione sia del Rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il Ricovero che delle spese pre e post ad esso connesse.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica (attestante le circostanze dell'evento, le cause, le modalità di accadimento e le conseguenze dell'evento) e che abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una invalidità temporanea o una delle altre prestazioni garantite dal presente Sussidio.

Sono escluse le conseguenze di eventi ove manchi l'esteriorità della causa come gli sforzi e gli atti di forza ossia l'impiego di energie muscolari concentrate nel tempo che esorbitano (sforzo), o meno (atto di forza), per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'iscritto.

Infortunio odontoiatrico: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni fisiche oggettivamente constatabili all'apparato dentale inteso come insieme di arcate gengivo-dentarie, che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso di Struttura Sanitaria Pubblica (attestante le circostanze dell'evento, le cause e le conseguenze dell'evento).

Integratori alimentari/ dispositivi medici naturali: prodotti a base di collagene che agiscono attivando e valorizzando le potenzialità interne del corpo umano, quindi ispirati al principio di cura della salute prima che di cura della Malattia. Il collagene, introdotto nell'uso corrente come integratore alimentare, contribuisce al sostegno ed al funzionamento fisiologico dell'organismo con obiettivi privilegiati di:

- rafforzare le articolazioni prevenendo dolori ed infiammazioni
- mantenere la pelle sana, i capelli folti e le unghie resistenti
- ripristinare la barriera protettiva dello stomaco, evitando nausea ed acidità

Intervento chirurgico: l'atto medico, con diretta finalità terapeutica, realizzato mediante cruentazione dei tessuti, e mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature. Si considera Intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture. Sempre che non sia diversamente regolato all'interno della specifica garanzia del presente Sussidio, sono considerati Interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendosi per tali quelli che comportano il prelievo di tessuti per l'espletamento di indagini istologiche, quelli che comportano l'introduzione di cateteri, strumenti ottici o aghi biopistici ecc. non attraverso le cavità naturali bensì attraverso una cruentazione di tessuti.

Intervento chirurgico Ambulatoriale: l'Intervento chirurgico (come sopra definito) eseguito senza Ricovero (e quindi senza degenza ancorché diurna).

Invalidità permanente: la definitiva incapacità fisica, parziale o totale, ad attendere alle proprie occupazioni.

Istituto di cura: Ospedale, Clinica, Casa di cura, regolarmente autorizzati alla erogazione di prestazioni sanitarie in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, esclusi gli stabilimenti termali, le Case di convalescenza o di lungo degenza e di soggiorno, le Cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le Cliniche aventi finalità di custodia o educative.

Lesioni da sforzo/atto di forza: lesioni causate da eventi ove manchi l'esteriorità della causa come gli sforzi e gli atti di forza, ossia l'impiego di energie muscolari concentrate nel tempo che esorbitano (sforzo), o meno (atto di forza), per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'iscritto.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute (dell'organismo o di un suo organo dal punto di vista anatomico o funzionale) non dipendente da Infortunio.

Malattia Oncologica: neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto (comprese le leucemie e il morbo di Hodgkin).

Malformazione: qualunque alterazione morfologica o funzionale congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico che sia evidente o clinicamente diagnosticabile.

Manifestazione: momento in cui si manifesta la Malattia con sintomi oggettivi, indipendentemente dalla diagnosi/accertamento della stessa.

Massimale/sub-Massimale: la somma complessiva annua, fino alla concorrenza della quale il Fondo sostiene i costi delle prestazioni previste dal presente Sussidio Sanitario.

Medico: persona legalmente abilitata all'esercizio della professione medica – alla diagnosi e cura – che esercita la professione nei limiti della propria specializzazione e che non sia l'Associato, un appartenente al suo nucleo familiare ovvero il genitore, figlio, fratello, sorella dell'Associato o di un appartenente al nucleo familiare del medesimo.

Patologia pregressa: qualsiasi patologia che sia pregressa in quanto manifestata, diagnosticata, sottoposta ad accertamenti o curata prima della data di attivazione del presente Sussidio o che risulti correlata ad uno stato patologico antecedente alla decorrenza dello stesso.

Pratica: l'insieme completo in sé stesso di tutti i documenti relativi all'evento per il quale si chiede Rimborso o Indennizzo nei termini del presente Sussidio.

Premorienza: Evento morte che avviene prima di quella di un'altra persona o prima di un dato termine.

Presa in Carico: documento che la Centrale Salute, a seguito di richiesta dell'Associato e in ottemperanza a quanto previsto nel presente Sussidio, invia ai Centri Convenzionati per il servizio di accesso alle prestazioni in forma diretta, nei limiti di quanto previsto dal Sussidio. L'Autorizzazione alla Presa in Carico costituisce nulla osta all'attivazione del servizio in forma

diretta; in nessun caso l’Autorizzazione alla Presa in Carico dovrà considerarsi quale impegno e garanzia alla successiva liquidazione che avverrà solo a seguito delle ulteriori valutazioni documentali e quindi, solo successivamente alla ricezione della documentazione completa inviata da parte della Struttura Sanitaria; l’Associato si intende obbligato in solido per tutte le prestazioni non oggetto di autorizzazione, non rimborsabili/escluse sulla base del Sussidio sottoscritto, quote di spesa a suo carico eventualmente non emerse/indicate in fase di autorizzazione ma comunque previste dal presente Sussidio.

Quote di spesa a carico dell’Associato: importi di spesa che rimangono a carico dell’Associato espressi in percentuale e/o in quota fissa.

Ricovero improprio: il Ricovero durante il quale vengono compiuti Interventi e/o solamente accertamenti e/o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell’Associato.

Ricovero ordinario: la degenza comportante pernottamento in Istituto di cura, documentata da Cartella Clinica, finalizzata all’erogazione di trattamenti medici e/o terapeutici e/o chirurgici, purché tale periodo di presenza in ambito ospedaliero comprenda un minimo di ore continuative pari ad almeno 20 (c.d. periodo di osservazione breve) e venga debitamente documentato da apposita certificazione ospedaliera.

Rimborso: la somma dovuta da Fondosani all’Associato in caso di evento e prestazione rimborsabile.

Statuto e Regolamento delle attività del Fondosani: documentazione che regola il rapporto associativo con Fondosani e costituente parte integrante e sostanziale del presente Sussidio assieme alla Guida Operativa. Sono messe a disposizione dell’Associato e sempre consultabili nell’Area Riservata dell’Associato presente sul sito di Fondosani www.fondosani.it oppure rinvenibili contattando direttamente il Back Office di Fondosani o il proprio promotore di riferimento.

Visita specialistica: la visita ambulatoriale o domiciliare o consulto eseguita da Medico specialista in possesso del titolo di specializzazione che risulti chiaramente dal documento di spesa, per diagnosi e terapie cui tale specializzazione è destinata.

Sezione 2: Norme Generali che regolano il Sussidio

Art. 1 – Oggetto

Oggetto del presente Sussidio è il Rimborso delle spese sanitarie, ovvero l’erogazione delle prestazioni, sostenute dagli Associati in conseguenza di **Infortunio, Malattia e Parto** certificati, per eventi verificatisi nel corso di validità del presente Sussidio.

Art. 2 – Persone Associate

Le prestazioni garantite dal presente Sussidio sono prestate in favore dell’Associato Titolare del Sussidio – Dipendente dell’Azienda/Società (più in generale persona giuridica) iscritta regolarmente e associata al Fondo Sanitario Integrativo “FONDOSANI” - e nominativamente indicato nel modulo di adesione con il quale ha aderito al presente Regolamento.

Per Nucleo Familiare si intendono, oltre al Titolare del Sussidio, il coniuge/partner unito civilmente ed il convivente more uxorio, nonché i figli fino a 26 anni, quest'ultimi anche se non residenti.

Sono inoltre inclusi nel Nucleo Familiare i figli oltre i 26 anni, conviventi con il Titolare del Sussidio a condizione che questi ultimi siano fiscalmente a carico (a tal fine, al momento dell'adesione, dovrà essere effettuata apposita autocertificazione in merito) oppure versino in uno stato di invalidità superiore al 66% (a tal fine, al momento dell'adesione, dovrà essere presentata idonea certificazione in merito).

E' equiparato al convivente more uxorio anche il convivente dello stesso sesso dell'Associato a condizione che gli stessi siano uniti da reciproci vincoli affettivi, che non vi sia parentela in linea retta entro il primo grado, affinità in linea retta entro il secondo grado, adozione, affiliazione, tutela, curatela o amministrazione di sostegno e che convivano stabilmente e si prestino assistenza e solidarietà materiale e morale.

L'assistenza prevista dal presente Sussidio è attivabile in forma collettiva a favore dei:

- Dipendenti

Indicando i nominativi dei propri familiari, l'Associato autocertifica con riferimento agli stessi il rispetto dei requisiti di cui al presente Sussidio per beneficiare delle garanzie. E' altresì necessario comunicare tempestivamente al Fondo eventuali modificazioni del Nucleo Familiare in corso di validità del Sussidio (vedi art. 4).

Art. 3 - Limiti di età

Non sono previsti limiti di età.

Art. 4 - Variazione del Nucleo Familiare

Qualora sia prevista l'inclusione del Nucleo Familiare, l'Associato deve comunicare immediatamente a Fondosani, in forma scritta, le variazioni del proprio stato familiare, entro e non oltre 60 giorni dall'avvenuta variazione, ossia:

- nascita/adozione;
- matrimonio;
- insorgere di convivenza per il convivente more uxorio e/o per il familiare del dipendente;
- venir meno – per un familiare – di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro.

In difetto di comunicazione entro il suddetto termine, e fermo restando il pagamento del contributo dovuto per l'estensione al Nucleo, l'inclusione dei nuovi Associati nel Sussidio si intenderà operante solo a decorrere dalla nuova annualità del Sussidio stesso.

Resta inteso che, per i nuovi Associati, ai fini dell'applicazione, ove previsti, dei Termini di aspettativa di cui all'art. 17 e delle Pregresse di cui all'art. 18 verrà considerata come data di prima decorrenza il giorno della relativa inclusione.

Art. 5 - Durata del Sussidio e tacito rinnovo

Il presente Sussidio ha durata di **1 (uno) anno** decorrente dal giorno di cui all'art. 9. In mancanza di comunicazione di non rinnovo, inviata mediante lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata (PEC) spedita almeno 60 giorni prima della scadenza annuale, il Sussidio sanitario s'intenderà rinnovato di anno in anno con obbligo di pagamento del

contributo aggiuntivo e delle quote associative previste così come disciplinato dal Regolamento delle attività del Fondosani.

In ogni caso Fondosani, entro 90 giorni dalla scadenza annuale, si riserva la facoltà di comunicare a mezzo e-mail all'Associato le condizioni di rinnovo per le successive annualità.

La revoca dal Sussidio prima del suddetto termine potrà avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

- a) cessazione dal servizio;
- b) decesso dell'Associato o di un suo familiare;
- c) divorzio;
- d) venir meno di convivenza per il convivente more uxorio e/ o per il familiare del dipendente;
- e) adesione di un familiare ad una copertura sanitaria collettiva predisposta dal datore di lavoro;
- f) variazione delle condizioni assistenziali/contributive.

Nel caso di revoche a seguito degli eventi di cui alla precedente lett. c), d) e) ed f), il relativo recesso dovrà essere effettuato dall'Associato Titolare. Fermo restando il versamento dei relativi contributi, la copertura sanitaria resterà in vigore sino alla prima scadenza annuale.

Art. 6- Obblighi contributivi dell'Associato

In caso di mancato versamento dei relativi contributi e fermo quanto previsto all'art. 9, Fondosani si riserva il diritto di adire le vie legali, previo tentativo di conciliazione ai sensi dell'art. 11 del presente Regolamento.

Art. 7 - Dichiarazioni e comunicazioni dell'Associato

Le dichiarazioni non veritiere rese dall'Associato al momento della domanda di ammissione o, successivamente, al fine di ottenere il Rimborso delle spese, comportano la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta da Fondosani in caso di Evento rimborsabile in base al presente Sussidio.

Nel caso di simulazione del verificarsi delle condizioni necessarie ad ottenere il Rimborso, Fondosani si riserva di deliberare l'immediata esclusione del socio senza restituzione dei contributi nel frattempo versati.

Art. 8 - Sussidio a favore di terzi

Se il presente Sussidio è stipulato a favore di terzi, gli obblighi che derivano dal Regolamento devono essere adempiuti dal titolare, richiedendo, ove necessario, la cooperazione delle persone garantite.

Art. 9 - Pagamento del contributo e decorrenza del Sussidio

Il Sussidio ha effetto dalle ore 24:00 del giorno in cui è avvenuta la delibera di ammissione da parte di Fondosani oppure dalle ore 24:00 del giorno di iscrizione al libro dei soci, se il contributo aggiuntivo o la prima rata di contributo aggiuntivo sono stati pagati.

Se l'Associato non paga la prima rata di contributo o le rate successive, la garanzia resta sospesa dalle ore 24:00 dello stesso giorno e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze.

Art. 10 - Comunicazioni e modifiche

Le comunicazioni inerenti al rapporto associativo o le variazioni ed integrazioni al presente Sussidio sanitario avverranno nelle modalità indicate e accettate sottoscrivendo la domanda di adesione oltre che specificate all'interno del Regolamento delle attività del Fondosani.

Art. 11 – Risoluzione delle controversie

A fronte di ogni eventuale controversia che dovesse insorgere tra l'Associato e Fondosani, anche in dipendenza di una diversa interpretazione del presente Sussidio, prima di ricorrere ad un procedimento ordinario, le Parti esperiranno il tentativo di conciliazione. In caso di esito negativo del tentativo di conciliazione, il foro competente per ogni eventuale controversia, è quello di Tivoli.

Art. 12 – Massimali

Tutti i Massimali menzionati nel presente Sussidio, nonché gli eventuali sub-Massimali relativi a specifiche prestazioni o garanzie, sono da intendersi per anno assistenziale, salvo casi specifici dove viene espresso diversamente nelle singole garanzie.

Inoltre, ogni Massimale o sub-Massimale indicato è da intendersi unico e complessivo per tutti gli eventuali componenti del Nucleo Familiare, salvo casi specifici dove viene espresso diversamente nelle singole garanzie.

Tutti i Massimali e sub-Massimali previsti dal presente Sussidio saranno pertanto da intendersi anno/ nucleo.

Art. 13 – Sottoscrizione di più Sussidi

Qualora l'Associato abbia sottoscritto con Fondosani più di un Sussidio, avrà diritto ad ottenere la condizione più favorevole (Rimborso delle spese, erogazione di Indennità o Indennizzo) tra le garanzie riconosciute dai vari Sussidi sottoscritti.

Art. 14 – Limiti territoriali

Le garanzie, nei limiti stabiliti dal presente Regolamento, sono valide in tutto il mondo, salvo espresse deroghe previste nelle singole garanzie. Nel caso di spese effettuate all'estero, i Rimborsi verranno effettuati in Italia, in euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della BCE.

Art. 15 – Responsabilità di terzi

Nel caso in cui la prestazione riguardi eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi, ferma la generale esclusione di cui al successivo art. 19, eccezionalmente potrà essere riconosciuto il Rimborso delle spese e l'erogazione delle prestazioni connesse all'evento subordinatamente alla presentazione da parte dell'Associato di comunicazione della compagnia assicurativa del terzo danneggiante che rigetta la richiesta di Indennità ovvero riconosce tale Indennità in una misura inferiore a quella prevista applicando i Massimali di cui al presente Sussidio.

Art. 16 – Rinvio alle norme

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme legislative italiane, l'Atto costitutivo, lo Statuto, il Regolamento delle attività del Fondosani e la Guida Operativa, consultabili nell'Area Riservata dell'Associato presente sul sito di Fondosani www.fondosani.it oppure rinvenibili contattando direttamente il Back Office di Fondosani o il proprio promotore di riferimento.

Sezione 3: Norme relative a tutte le Garanzie (salvo non sia espressamente derogato)**Art. 17 – Termini di Aspettativa (Carenze)**

Fermo quanto previsto all'art. 9 delle Norme Generali, disciplinante il giorno di effetto del Sussidio, le prestazioni messe a disposizione sono garantite da Fondosani senza applicazione di periodi di carenza.

Art. 18 – Pregresse

Per i **Dipendenti delle Aziende/Società iscritte al “FONDOSANI”, Associati in forma collettiva**, tutte le garanzie oggetto del presente Sussidio, attivate in conseguenza di Infortuni avvenuti anteriormente alla data di stipula dello stesso, sono da ritenersi incluse.

Altresì, si intenderanno incluse nella copertura assistenziale le prestazioni conseguenti a qualsiasi patologia che sia pregressa in quanto manifestata, diagnosticata, sottoposta ad accertamenti o curata prima della data di attivazione del presente Sussidio o che risulti correlata ad uno stato patologico antecedente alla decorrenza dello stesso.

Art. 19 – Esclusioni

Sono esclusi dal presente Sussidio sanitario (salvo non sia diversamente previsto nelle specifiche garanzie):

- a. le prestazioni non corredate da copia della prescrizione medica attestante la diagnosi di patologia o quesito diagnostico (se patologia ancora da accertare);
- b. le prestazioni conseguenti agli Infortuni non documentati da referto di Pronto Soccorso Ospedaliero o di Struttura convenzionata con il SSN, o di Unità Medica di Primo Soccorso presente nel luogo dell'Infortunio da cui sia chiaramente possibile evincere la data di accadimento dell'Infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso, ovvero da specifico accertamento diagnostico completo di referti ed immagini (a titolo esemplificativo, TAC, RMN, radiografie) da cui sia chiaramente ed obiettivamente possibile evincere la data di accadimento dell'Infortunio e le conseguenze traumatiche dello stesso. Sono escluse le conseguenze di eventi ove manchi l'esteriorità della causa come gli sforzi e gli atti di forza ossia l'impiego di energie muscolari concentrate nel tempo che esorbitano (sforzo) o meno (atto di forza) per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'Isritto.
- c. le prestazioni di routine, controllo, prevenzione, nonché i vaccini (sia l'acquisto del farmaco che l'infusione/somministrazione);
- d. le prestazioni conseguenti a suicidio e tentato suicidio;
- e. le prestazioni derivanti o finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di effetto del Sussidio, ad eccezione degli Interventi sui bambini che non abbiano superato i 5 anni di età;
- f. le prestazioni relative a Malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
- g. le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica e dietologica, salvo gli Interventi di chirurgia plastica o stomatologia limitatamente agli aspetti ricostruttivi di natura oncologica riferiti alla sede della neoformazione maligna se resi necessari da Malattia, e in caso di Infortunio rimborsabile, limitatamente alla sede dell'apparato oggetto del trauma, purché effettuati nei 360 giorni successivi all'Intervento e comunque durante la validità del Sussidio;
- h. Infortuni o Malattie derivanti da dolo dell'Associato;
- i. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle omeopatiche, fitoterapiche, nonché quelle effettuate da Medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- j. i farmaci non riconosciuti dalla Farmacopea Ufficiale;
- k. la cura delle Malattie professionali e sindromi correlate, così come definite dal D.Lgs. n. 38 del 2000 e successive modifiche e/ o integrazioni;

- l. le prestazioni prescritte e/ o erogate da medici o paramedici abilitati che non siano in possesso di specializzazione medica pertinente con la prestazione rilasciata e rispetto alla diagnosi/ quesito diagnostico per il quale la prestazione è prescritta/ erogata;
- m. le prestazioni prescritte e/ o erogate da professionisti non in possesso di regolare iscrizione all'Albo o abilitazione laddove prevista dalla normativa italiana.
- n. le cure e gli Interventi chirurgici finalizzati al trattamento dell'infertilità (ad ovviare allo stato di infertilità) e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- o. l'Aborto volontario non terapeutico;
- p. i Ricoveri durante i quali vengono compiuti Interventi e/o solamente accertamenti e/o terapie fisiche che, per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, purché consentito dallo stato di salute dell'Associato;
- q. le prestazioni relative o finalizzate a cure odontoiatriche, ortodontiche e protesi dentarie, salvo specifiche deroghe previste dal Sussidio;
- r. le prestazioni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'Associato. Sono compresi nella garanzia quelle sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Associato stesso;
- s. gli Infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), a scopo non terapeutico;
- t. gli Infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;
- u. le Malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
- v. gli Infortuni conseguenti alla pratica di attività ludiche pericolose o sport estremi o sport aerei in genere (tra cui il volo da diporto o sportivo con deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, rafting, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, tutti controllati da corde elastiche, sci acrobatico o estremo o fuori pista, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., discesa con slittino da gara, rugby, football americano, hockey, immersioni con autorespiratore, ecc...) o gare motoristiche e/o motonautiche o sport in genere costituenti per l'Associato attività professionale (gare, prove e allenamenti) anche non prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;
- w. gli Infortuni subiti in qualità di passeggero durante i viaggi aerei diversi dai regolari voli di linea;
- x. gli Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari;
- y. gli Infortuni subiti sul lavoro in miniera, in cava (anche a cielo aperto), in lavori subacquei o in mare aperto;
- z. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati dalle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;
- aa. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici;
- bb. i Ricoveri causati dalla necessità dell'Associato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché Ricoveri di lunga degenza. In tal senso si intendono Ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Associato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituti di cura per Interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento;
- cc. eventi per i quali sia configurabile la responsabilità di terzi; fatto salvo quanto previsto nel precedente art. 15;
- dd. spese per il trasporto del plasma.

Art. 20 – Modalità di erogazione del servizio e tempi di presentazione delle richieste.

La mancata o incompleta presentazione della documentazione determina l'impossibilità di procedere all'erogazione del Rimborso. Pertanto, nel caso di sospensione dell'istruttoria della pratica di Rimborso, l'Associato ha 60 gg di tempo dalla data di comunicazione di richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa. Decorsi 60 gg, la richiesta verrà respinta e l'Associato dovrà presentare nuova e completa richiesta comprensiva anche della documentazione integrativa.

Per tutte le informazioni necessarie ad accedere correttamente alle prestazioni sanitarie erogate in forma Diretta e Indiretta, nonché per la gestione dei relativi Rimborsi, si rimanda alla Guida Operativa che forma parte integrante del presente Sussidio ed è consultabile nell'Area Riservata dell'Associato presente sul sito di Fondosani www.fondosani.it oppure rinvenibile contattando direttamente il Back Office di Fondosani o il proprio promotore di riferimento.

In ordine alla documentazione da presentare si evidenzia che Fondosani potrà richiedere in ogni momento (sia prima del Rimborso sia a Rimborso effettuato) la produzione degli originali qualora le copie trasmesse risultino in tutto o in parte illeggibili, incomplete o presentino grafie diverse oppure per effettuare controlli di Audit a campione.

L'Associato è, inoltre, tenuto a fornire ogni informazione e consentire la visita di Medici incaricati da Fondosani per qualsiasi indagine e/o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i Medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 21 – Tempi di Rimborso

a. Prestazioni effettuate in Assistenza Diretta presso Strutture/professionisti Convenzionati con il Network Fondosani/Health Assistance S.C.p.A.

Le spese relative alla prestazione erogata in Assistenza Diretta presso Strutture/professionisti Convenzionati con il Network Fondosani/Health Assistance verranno corrisposte da Fondosani direttamente alle Strutture/professionisti a termini del presente Sussidio e solo subordinatamente all'esito positivo di rimborsabilità conseguente all'analisi della documentazione medica e di spesa completa inoltrata dalla Struttura/professionista alla Centrale Salute (in ciò il rilascio dell'Autorizzazione alla presa in carico costituendo mero strumento di attivazione del servizio).

b. Prestazioni effettuate in Assistenza Indiretta

Fondosani provvederà alla lavorazione delle richieste e al Rimborso di quanto dovuto a termini del presente Sussidio di norma entro 40 giorni lavorativi dalla data di presentazione della richiesta completa di tutta la documentazione necessaria. La sospensione per documentazione mancante da parte della Centrale Salute interrompe tali tempi che decorreranno nuovamente e per intero dalla data di presentazione della documentazione in modo completo da parte dell'Associato.

A tal proposito si rammenta che la Centrale Salute non sarà tenuta alla verifica che la documentazione mancante si trovi in altre richieste precedentemente inviate dall'Associato. Ogni richiesta dovrà essere presentata in modo completo in sé stesso.

AREA SANITARIA

SEZIONE 4) - GARANZIE OSPEDALIERE

A. RICOVERO ORDINARIO CON INTERVENTO CHIRURGICO E TRAPIANTI

Fondosani, in caso di **Ricovero ordinario con Intervento Chirurgico**, (secondo l'Elenco esaustivo riportato nell'Allegato 1 al presente Sussidio "*Elenco degli Interventi Chirurgici*"), ivi inclusi i **Trapianti**, reso necessario da Malattia o Infortunio che risultino compresi nei termini

del presente Sussidio, garantisce, entro il **Massimale anno/nucleo** pari ad **€ 130.000,00**, il Rimborso delle spese inerenti al Ricovero e all'Intervento così come segue:

i) Prima del Ricovero (nei 120 giorni precedenti al Ricovero) - solo in caso di prestazioni effettuate in forma indiretta

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici, (inerenti alla patologia causa del Ricovero) effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura;
- trasporto dell'Associato con ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario fino al luogo di degenza - entro un sub-Massimale pari ad € 1.500,00 per Ricovero;

ii) Durante il Ricovero

- retta di degenza;
- onorari del chirurgo, dell'aiuto operatore chirurgo, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'Intervento, diritti di sala operatoria e materiale di Intervento;
- medicinali ed esami;
- cure ed assistenza medica;
- assistenza infermieristica privata individuale - entro il sub-Massimale di € 50,00 al giorno per massimo 45 giorni per Ricovero e solo in caso di prestazioni effettuate in forma indiretta presso un Centro Convenzionato o non Convenzionato con il Network Fondosani/Health Assistance (Assistenza Indiretta in e out Network);
- trasporto dell'Associato con ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario ad altro luogo di cura - entro un sub-Massimale pari ad € 1.500,00 per Ricovero;
- vitto e pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore;

iii) Dopo il Ricovero (nei 120 giorni successivi al Ricovero)

- visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (inerenti alla patologia causa del Ricovero);
- prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche;
- trattamenti fisioterapici o rieducativi previa prescrizione di Medico specialista in materia;
- acquisto di medicinali (previa prescrizione medica completa di motivazione clinica correlata al Ricovero prescritta dal Medico curante all'atto delle dimissioni);
- cure termali correlate alla patologia causa del Ricovero (escluse le spese alberghiere e previa prescrizione di medico specialista);
- trasporto dell'Associato con ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario, per il rientro al proprio domicilio - entro un sub-Massimale pari ad € 1.500,00 per Ricovero.

Fondosani, provvederà al Rimborso delle spese sostenute dall'Associato a fronte delle prestazioni di cui ai **punti i), ii) e iii)** come di seguito riportato:

- ❖ senza applicazione di **alcuna quota di spesa a carico** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network Fondosani/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
- ❖ con applicazione di una percentuale di **spesa a carico** del **20%** con **minimo non rimborsabile** pari ad **€ 2.000,00** e con **massimo rimborsabile** pari ad **€ 10.000,00** per evento, in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network Fondosani/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**) - tale modalità di Rimborso si applica esclusivamente nel caso in cui nella Provincia di

residenza dell'Associato non siano presenti strutture Convenzionate con il Network Fondosani/Health Assistance;

- ❖ in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, Fondosani rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Associato.

In caso di Trapianto di organo, Fondosani rimborserà le spese relative al donatore sostenute durante il Ricovero, sia per accertamenti diagnostici, Intervento di espianto, assistenza medica ed infermieristica, che per cure e medicinali, nonché le spese di trasporto dell'organo. Inoltre, sono compresi nella presente garanzia, in aggiunta al Ricovero principale, i Ricoveri e le prestazioni sanitarie extra-Ricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'Intervento di Trapianto.

Infine, vengono rimborsate tutte le prestazioni sanitarie successive al Trapianto, entro 120 giorni, purché inerenti all'Intervento effettuato.

Nel caso di Assistenza Indiretta in Network: qualora la richiesta di Rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a Fondosani il Rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra Fondosani e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Associato - saranno quindi da intendersi a carico dell'Associato stesso. Inoltre, il Fondo provvederà al Rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Associato previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

B. INDENNITA' SOSTITUTIVA IN CASO DI RICOVERO ORDINARIO CON INTERVENTO CHIRURGICO E TRAPIANTI- alternativa all'Indennità Integrativa di cui al successivo art. C.

Nel caso in cui l'Associato non richieda alcun Rimborso a seguito di **Ricovero ordinario con Intervento Chirurgico**, ivi compresi i **Trapianti**, di cui al precedente **art. A.**, Fondosani corrisponderà un'Indennità sostitutiva per far fronte alle necessità legate al recupero della salute a seguito della Malattia o dell'Infortunio.

L'Indennità sarà pari ad **€ 100,00 al giorno per ogni giornata di Ricovero comprendente il pernottamento** sino ad un massimo di **90 giorni** per Ricovero.

Qualora l'Associato richieda la presente Indennità sostitutiva si intenderà escluso il Rimborso di qualsiasi altra spesa, anche precedente o successiva al Ricovero (di cui ai punti **i**) e **iii**) del precedente **art. A.**), eventualmente sostenuta e riferibile al medesimo Ricovero.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

C. INDENNITA' INTEGRATIVA IN CASO DI RICOVERO ORDINARIO CON INTERVENTO CHIRURGICO E TRAPIANTI- alternativa all'Indennità Sostitutiva di cui al precedente art. B.

Nel caso in cui l'Associato, a seguito di **Ricovero ordinario con Intervento Chirurgico**, ivi compresi i **Trapianti**, di cui al precedente **art. A.**, reso necessari da Malattia o Infortunio garantiti ai sensi del presente Sussidio, non richieda alcun Rimborso di cui ai precedenti **artt. A. e B.**, Fondosani corrisponderà un'Indennità Integrativa per far fronte alle necessità legate al recupero della salute a seguito della Malattia o dell'Infortunio.

L'Indennità sarà pari ad **€ 50,00 al giorno per ogni giornata di Ricovero comprendente il pernottamento**, fermo restando il **limite massimo di 365 giorni** per ciascuna annualità.

Qualora l'Associato richieda la presente Indennità Integrativa, potrà richiedere il Rimborso anche delle spese (pre e post Ricovero) eventualmente sostenute di cui ai punti **i**) e **iii**) del precedente **art. A.** e riferibili al medesimo Ricovero, fermi gli eventuali sub-Massimali indicati nel medesimo articolo.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

SPESE PRE E POST INDENNITA' INTEGRATIVA PER RICOVERO ORDINARIO CON INTERVENTO CHIRURGICO E TRAPIANTI

Il Rimborso delle citate prestazioni di cui ai punti **i**) e **iii**) (spese **pre** e **post** Ricovero) di cui al precedente **art. A.**, avverrà, entro il **Massimale anno/nucleo** pari ad **€ 3.000,00** per Ricovero, nei limiti temporali (120 giorni prima e 120 giorni dopo il Ricovero), delle modalità di Rimborso, nonché nei limiti degli eventuali sub-Massimali di cui al medesimo **art. A.**

Il Rimborso sarà garantito senza applicazione di **alcuna quota di spesa a carico** dell'Associato sia in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network Fondosani/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**) o presso un Centro non Convenzionato con il Network Fondosani/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**), che in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

D. DIARIA GIORNALIERA PER RICOVERO ORDINARIO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

Fondosani, in caso di **Ricovero ordinario senza Intervento Chirurgico**, reso necessario da Malattia o Infortunio rimborsabili ai sensi del presente Sussidio, corrisponderà all'Associato, quale Rimborso delle spese sostenute durante il Ricovero, una Diaria giornaliera per far fronte alle necessità legate al recupero della salute a seguito della Malattia o dell'Infortunio.

La Diaria sarà corrisposta a partire dal 3° (terzo) giorno di Ricovero e sarà pari ad **€ 80,00 al giorno per ogni giornata di Ricovero comprendente il pernottamento** e sino ad un **massimo di 30 giorni per annualità**.

Per la documentazione da inoltrare si rinvia alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

E. DAY HOSPITAL

Fondosani, in caso di **Day Hospital**, reso necessario da Malattia o Infortunio garantiti ai sensi del presente Sussidio, garantisce, entro il **Massimale anno/persona** pari ad **€ 1.000,00**, il Rimborso delle spese sostenute dall'Associato inerenti al Ricovero così come segue:

i) **Prima del Ricovero (nei 120 giorni precedenti al Ricovero)** - *solo in caso di prestazioni effettuate in forma indiretta*

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici (inerenti alla patologia causa del Ricovero), effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura;

ii) **Durante il Ricovero**

- retta di degenza;
- medicinali ed esami;
- cure ed assistenza medica;
- vitto e pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore;

iii) **Dopo il Ricovero (nei 120 giorni successivi al Ricovero)**

- visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (inerenti alla patologia causa del Ricovero);
- prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche;
- acquisto di medicinali (previa prescrizione medica completa di motivazione clinica correlata al Ricovero prescritta dal Medico curante all'atto delle dimissioni);

Fondosani garantisce il Rimborso delle spese sostenute dall'Associato a fronte delle prestazioni di cui ai punti **i)**, **ii)** e **iii)** del presente **art. E.**, nei limiti dei sub-Massimali ivi previsti, come di seguito riportato:

- ❖ senza applicazione di **alcuna quota di spesa a carico** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network Fondosani/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
- ❖ in caso di prestazioni sostenute **a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, Fondosani rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Associato.

Nel caso di Assistenza Indiretta in Network: qualora la richiesta di Rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a Fondosani il Rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra Fondosani e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario - determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Associato - saranno quindi da intendersi a carico dell'Associato stesso. Inoltre, il Fondo provvederà al Rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Associato previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

F. INDENNITA' PER IL PARTO

Fondosani, garantisce all'Associata, in caso di **Ricovero ordinario per Parto Naturale, Parto Cesareo e Parto domiciliare**, un'Indennità pari ad **€ 500,00 per evento**.

G. PROTESI ORTOPEDICHE

Fondosani, entro il **Massimale anno/persona** pari ad **€ 2.200,00**, rimborserà integralmente all'Associato le spese sostenute per acquisto e riparazione di Protesi Ortopediche senza applicazione di alcuna **quota di spesa** a suo carico.

H. DIARIA PER RICOVERO ORDINARIO CON O SENZA INTERVENTO IN CASO DI NEOPLASIE MALIGNI

Fondosani, in caso di **Ricovero ordinario con o senza Intervento Chirurgico**, reso necessario da Neoplasie Maligne, garantito ai sensi del presente Sussidio, corrisponderà all'Associato, quale Rimborso delle spese sostenute durante il Ricovero, una Diaria giornaliera per far fronte alle necessità legate al recupero della salute a seguito del Ricovero.

La Diaria pari ad **€ 100,00 al giorno per ogni giornata di Ricovero comprendente il pernottamento** e sino ad un **massimo di 90 giorni per Ricovero**.

Per la documentazione da inoltrare si rinvia alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

SEZIONE 5) - GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE

I. ALTA DIAGNOSTICA

Fondosani, entro il **Massimale anno/nucleo** pari ad **€ 8.000,00**, garantisce il Rimborso delle spese sostenute dall'Associato per le seguenti prestazioni extra-ospedaliere di Alta Diagnostica.

Diagnostica

- Angio RM con contrasto
- Angio TC distretti eso e endocranici
- Angiografia (sono compresi esami radiologici apparato circolatorio)
- Artrografia
- Biopsia del linfonodo sentinella
- Biopsia muscolare
- Biopsia prostatica
- Biopsia T.A.C. guidata
- Broncografia
- C.P.R.E. diagnostica
- Campimetria
- Cavernosografia
- Cine RM cuore
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistografia doppio contrasto
- Cistoscopia
- Cistouretrografia minzionale
- Clisma opaco e/a doppio contrasto
- Colangiografia

-
- Colangiografia percutanea
 - Colangiopancreatografia retrograda
 - Colecistografia
 - Colpografia
 - Coronografia
 - Dacriocistografia
 - Defecografia
 - Discografia
 - Ecografia addome completo
 - Ecografia mammaria
 - Ecografia transvaginale
 - Ecodoppler cardiaco compreso color
 - Ecodoppler
 - Ecocolordoppler
 - Doppler dei tronchi sovraortici
 - Ecografia tiroidea
 - EEG con privazione sonno
 - Elettroencefalogramma
 - Elettroencefalogramma dinamico 24 ore
 - Elettromiografia
 - Elettroretinogramma
 - Emogasanalisi arteriosa
 - Esame urodinamico
 - Esami radiologici apparato osteoarticolare
 - Esofagogastroduodenoscopia
 - Fistelografia
 - Flebografia
 - Fluorangiografia
 - Galattografia
 - Isterosalpingografia
 - Lavaggio bronco alveolare endoscopico
 - Linfografia
 - Mammografia anche bilaterale
 - Mapping vescicale
 - Mielografia
 - Pancolonoscopia diagnostica
 - PH metria esofagea e gastrica
 - Pneumoencefalografia
 - Potenziali evocati
 - Retinografia
 - Rettoscopia diagnostica
 - Rettosigmoidoscopia
 - Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere
 - Risonanza Magnetica Nucleare con o senza mezzo di contrasto
 - Rx esofago
 - Rx esofago con contrasto opaco
 - Rx esofago con doppio contrasto
 - Rx esofago esame diretto

- Rx piccolo intestino con doppio contrasto
- Rx stomaco con doppio contrasto
- Rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo
- Rx tenue seriato
- Rx tubo digerente
- Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
- Rx tubo digerente prime vie
- Rx tubo digerente seconde vie
- Scialografia con o senza mezzo di contrasto
- Scintigrafia qualunque organo/apparato (compresa Miocardioscintigrafia)
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate
- Spirometria
- Splenoportografia
- T.A.C. con e senza mezzo di contrasto.
- Tomografia ad Emissione di Positroni (P.E.T.) per organo-distretto-apparato
- Tomografia mappa strumentale della cornea
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Tracheobroncoscopia diagnostica
- Uretrocistografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Wirsungografia retrograda

Terapeutica

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico

L'elenco delle prestazioni di cui sopra è da considerarsi esaustivo con ciò intendendosi escluse le prestazioni non espressamente indicate.

Restano, inoltre, esclusi i controlli di routine e le prestazioni elencate ma finalizzate alla diagnosi o all'erogazione di prestazioni odontoiatriche.

Il Rimborso sarà garantito come segue:

- ❖ con applicazione di una quota di **spesa a carico** pari ad **€ 25,00** per evento in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network Fondosani/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
- ❖ con applicazione di una quota di **spesa a carico** pari ad **€ 30,00** per evento in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network Fondosani/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**) – tale modalità di Rimborso è possibile solo nel caso in cui nella Provincia di residenza dell'Associato non ci siano Centri Convenzionati con il Network Fondosani/Health Assistance;

- ❖ in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, Fondosani rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Associato.

Nel caso di Assistenza Indiretta in Network: qualora la richiesta di Rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a Fondosani il Rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra Fondosani e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Associato - saranno quindi da intendersi a carico dell'Associato stesso. Inoltre, il Fondo provvederà al Rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Associato previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

J. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Fundosani, entro **Massimale anno/nucleo** pari ad **€ 250,00**, garantisce all'Associato il Rimborso delle spese sostenute per Accertamenti Diagnostici (diversi da quelli elencati all'art. I.).

Fundosani rimborserà le spese sostenute dall'Associato solo in caso di prestazioni effettuate ricorrendo al **Servizio Sanitario Nazionale** o a Strutture con questo Convenzionate.

Il Rimborso sarà garantito con applicazione di una Quota di **spesa a carico** pari ad **€ 10,00** per ciascun **ticket sanitario**, fermo in ogni caso restando che dette quote a carico non potranno superare l'importo complessivo per anno di € 50,00 oltre il quale MBA provvederà al rimborso integrale delle spese per i ticket.

Sono esclusi dalla presente garanzia gli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici, nonché i controlli di routine.

Nel caso di Assistenza Indiretta in Network: qualora la richiesta di Rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a Fondosani il Rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra Fondosani e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Associato - saranno quindi da intendersi a carico dell'Associato stesso. Inoltre, il Fondo provvederà al Rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Associato previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

K. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A SEGUITO DI INFORTUNIO

Fundosani, entro il **Massimale anno/nucleo** pari ad **€ 1.200,00**, garantisce all'Associato il Rimborso delle spese sostenute per i seguenti Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi seguito

Infortunio (documentato da referto di Pronto Soccorso), prescritti dal Medico specialista in materia ed effettuati da fisioterapista diplomato.

- Kinesiterapia
- Chiropratica
- Ionoforesi
- Ultrasuoni
- Radarmassoterapi
- Amagnetoterapia
- Ginnastica posturale “MEZIERES”
- Ginnastica posturale “SPIROTIGER”
- Rieducazione funzionale
- Tecarterapia
- Onde d’urto
- Ipertermia
- VISS
- Elettrostimolazione

Il Rimborso sarà garantito come segue:

- ❖ senza applicazione di **alcuna quota di spesa a carico** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network Fondosani/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
- ❖ con applicazione di una percentuale di **spesa a carico** del **30%** con **minimo non rimborsabile** pari ad **€ 60,00** per ciclo di terapia in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network Fondosani/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**);
- ❖ in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, Fondosani rimborserà integralmente le spese sostenute dall’Associato.

I trattamenti di cui sopra devono essere effettuati esclusivamente a fini riabilitativi (si intenderà, quindi, escluso il mantenimento) e devono essere prescritti da Medico di base o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e dovranno essere effettuati da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

Nel caso di Assistenza Indiretta in Network: qualora la richiesta di Rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest’ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell’Associato, quest’ultimo avrà diritto a richiedere a Fondosani il Rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate tra Fondosani e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell’Associato- saranno quindi da intendersi a carico dell’Associato stesso. Inoltre, il Fondo provvederà al Rimborso delle spese previa applicazione

delle quote di spesa a carico dell'Associato previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

L. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

Fondosani, entro il **Massimale anno/nucleo** pari ad **€ 2.800,00**, provvederà al Rimborso delle spese sostenute dall'Associato per Cure dentarie a seguito di Infortunio (documentato da referto di Pronto Soccorso).

Il Rimborso sarà garantito come segue:

- ❖ senza applicazione di **alcuna quota di spesa a carico** in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network Fondosani/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**);
- ❖ con applicazione di una percentuale di **spesa a carico** del **30%** per evento in caso di prestazioni effettuate presso un Centro non Convenzionato con il Network Fondosani/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**);
- ❖ in caso di prestazioni effettuate a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, Fondosani rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Associato.

Per l'attivazione della presente garanzia, l'Associato dovrà presentare prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione medesima.

Unitamente alla richiesta di Rimborso, l'Associato dovrà presentare il piano di cure predisposto dallo studio dentistico che ha eseguito le stesse, dal quale risultino i denti curati e le motivazioni cliniche del trattamento, con indicazione del dente trattato per arcata e numero, nonché i referti degli accertamenti diagnostici strumentali (RX, OPT, TAC, RMN) dai quali sia possibile evincere con chiarezza la sede da curare. Altresì dovrà indicarsi, qualora previsto, il periodo massimo di trattamento che il Medico ritenga opportuno per la conclusione della cura sullo stesso dente.

Nel caso di Assistenza Indiretta in Network: qualora la richiesta di Rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a Fondosani il Rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra Fondosani e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Associato - saranno quindi da intendersi a carico dell'Associato stesso. Inoltre, il Fondo provvederà al Rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Associato previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

M. PACCHETTO MATERNITA'

Fondosani, entro un **Massimale annuo** pari ad **€ 1.000,00**, garantisce all'Associata in stato di gravidanza, il Rimborso di tutte le spese sanitarie sostenute per le seguenti prestazioni:

- a) Visite di controllo ostetrico ginecologiche;
- b) Ecografie;
- c) Monitoraggio dello sviluppo del feto;
- d) Analisi di laboratorio;
- e) Translucenza nucale.

Nel caso in cui le prestazioni di cui sopra siano servizi erogati dalla società Stemway Biotech, le stesse dovranno essere effettuate attraverso tale Partner e saranno garantite senza alcuna quota di spesa a carico dell'Associato, previa autorizzazione per il tramite della Centrale Salute e in forma diretta.

Di seguito i servizi forniti attualmente dal Partner Stemway Biotech:

- Conservazione cellule staminali
- Test prenatale non invasivi (NIPT- Non invasive prenatal test)
- Test Genetici predittivi

Per maggiori informazioni su queste ed altre prestazioni collegarsi al sito www.stemwaybiotech.com o contattare il numero 840 000 908.

Nel caso in cui, invece, tali prestazioni non siano previste dal Partner Stemway Biotech, è possibile usufruire degli altri Centri Convenzionati e non Convenzionati del Network Fondosani/Health Assistance.

Anche in questo caso, il Rimborso sarà garantito senza applicazione di **alcuna quota di spesa a carico** sia in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato con il Network Fondosani/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network**) o presso un Centro non Convenzionato con il Network Fondosani/Health Assistance (**Assistenza Indiretta fuori Network**), che in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**.

Nel caso di Assistenza Indiretta in Network: qualora la richiesta di Rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a Fondosani il Rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate tra Fondosani e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Associato- saranno quindi da intendersi a carico dell'Associato stesso. Inoltre, il Fondo provvederà al Rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Associato previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

N. FISIOTERAPIE A SEGUITO DI GRAVI MALATTIE

Fondosani, entro il **Massimale anno/nucleo** pari ad **€ 1.000,00**, garantisce all'Associato il Rimborso delle spese sostenute per Fisioterapie prescritte da Medico specialista in materia ed

effettuate da fisioterapista diplomato, rese necessarie e prettamente legate al verificarsi di una o più delle seguenti Gravi Malattie:

1. Infarto miocardico acuto: Coronaropatia qualora dia origini a necrosi ischemiche acute del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico che provochi ricovero in unità coronarica di almeno 5 giorni. La diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri:
 - dolore precordiale;
 - alterazione tipiche all'ECG;
 - aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche;
2. Ictus cerebrale (accidente cerebrovascolare acuto): emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo o motorio;
3. Tumore: neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, la cui diagnosi venga basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera. Limitatamente alla sola copertura in oggetto, vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi della mammella che non hanno interessamento linfonodale metastatico, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I stadio ed i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del III e IV stadio di Clarke;
4. Insufficienza Renale: malattia renale irreversibile in dialisi cronica;
5. Ustioni del 3° grado

Il Rimborso sarà garantito come segue:

- ❖ con applicazione di una percentuale di **spesa a carico del 30%** per evento sia in caso di prestazioni effettuate presso un Centro Convenzionato che non Convenzionato con il Network Fondosani/Health Assistance (**Assistenza Diretta e Indiretta in Network e Assistenza Indiretta fuori Network**);
- ❖ in caso di prestazioni sostenute a **totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** ed erogate sotto forma di **ticket sanitari**, Fondosani rimborserà integralmente le spese sostenute dall'Associato.

La garanzia è operante a condizione che la data della prima diagnosi (comprovata da cartella clinica e certificazione medica) sia successiva alla data di decorrenza del Sussidio o comunque successiva alla data di inserimento in copertura dell'Associato.

Nel caso di Assistenza Indiretta in Network: qualora la richiesta di Rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Associato, quest'ultimo avrà diritto a richiedere a Fondosani il Rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate tra Fondosani e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata

attivazione della convenzione da parte dell'Associato- saranno quindi da intendersi a carico dell'Associato stesso. Inoltre, il Fondo provvederà al Rimborso delle spese previa applicazione delle quote di spesa a carico dell'Associato previste in caso di Assistenza Indiretta fuori Network.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

O. CONSULENZA PSICOLOGICA PER GRAVI MALATTIE

Fondosani, garantisce all'Associato il Rimborso delle spese sostenute per Consulenze Psicologiche, rese necessarie e prettamente legate al verificarsi di una o più delle Gravi Malattie di cui al precedente **art. N.**, a seguito di prescrizione di un Medico specialista.

La presente garanzia assicura il Rimborso di massimo **n. 15 (quindici)** sedute di Consulenza Psicologica di importo pari ad **€ 45,00** ciascuna.

La garanzia è operante a condizione che la data della prima diagnosi (comprovata da cartella clinica e certificazione medica) sia successiva alla data di decorrenza del Sussidio o comunque successiva alla data di inserimento in copertura dell'Associato.

Per la documentazione da inoltrare si rimanda alla Guida Operativa che costituisce parte integrante del presente Sussidio.

AREA SOSTEGNO

P. CONTRIBUTO ECONOMICO IN CASO DI DECESSO – Garanzia valida solo in caso di morte del Titolare del Sussidio

In caso di premorienza **dell'Associato Titolare del Sussidio**, nel corso di validità dello stesso, a seguito di Malattia o Infortunio, fatta eccezione per le ipotesi di cui all'art. 19, sez. 3 (Esclusioni), Fondosani riconoscerà il versamento a favore degli eredi facenti parte del Nucleo familiare di un **Contributo** pari ad **€ 30.000,00 a titolo di sostegno economico**.

Per eredi si intendono il coniuge/partner unito civilmente (o in alternativa il convivente more uxorio) ed i figli. In mancanza di una di queste figure, l'Indennità spetta ai genitori e/o ai fratelli e sorelle, solo se conviventi e a carico del defunto.

In caso di decesso dell'Associato, gli eredi, al fine di ottenere il Rimborso di cui al presente **art. P.**, dovranno inviare alla Centrale Salute i seguenti documenti:

- Modulo di richiesta (scaricabile dall'area riservata di Fondosani);
- Copia del Certificato attestante l'avvenuto decesso del Titolare del Sussidio;
- Dichiarazione sostitutiva del superstite ex art. 47 D.P.R. 445/2000 (attestante la qualifica di superstite come sopra definito).
- Dichiarazione sostitutiva di notorietà dalla quale si evincano i dati identificativi degli eredi;
- IBAN dell'erede designato per l'accredito del Contributo.

Si precisa che, ai fini dell'attivazione della presente garanzia, gli eredi legittimi e/o beneficiari dovranno delegare, con procura autenticata da notaio o altra autorità competente, un solo erede ai fini della riscossione dell'intera somma concessa.

Q. INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO PROFESSIONALE ED EXTRA-PROFESSIONALE SUPERIORE AL 5,99% - Garanzia valida esclusivamente per l'Associato Titolare del Sussidio

Il contributo economico per Invalidità permanente da Infortunio è dovuto e, quindi, la garanzia si attiva, se l'Invalidità stessa si verifica entro due anni dal giorno dell'Infortunio - durante la validità del presente Sussidio o anche successivamente al termine della copertura - nei casi di Infortunio che l'Associato abbia subito nell'esercizio della propria attività professionale e/o in ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità, fatta eccezione per quelle ricomprese all'art. 19 - Esclusioni.

In caso di Infortuni occorsi in occasione dello svolgimento di una delle attività di seguito elencate, le somme rimborsabili da Fondosani si intendono sin da ora ridotte del 25%:

- in cantieri, anche edili, piattaforme fisse e mobili;
- su impalcature, tetti e ponteggi, gru meccaniche utilizzate in edilizia;
- in stalle, officine, porti, boschi e parchi.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di Invalidità permanente sono ridotte tenendo conto del grado di Invalidità preesistente.

Q.1. Grado di invalidità permanente e relativo contributo economico

Qualora l'Infortunio abbia come conseguenza una Invalidità permanente dell'Associato Titolare, totale o parziale, che si sia manifestata entro due anni dal giorno dell'evento (anche se nel frattempo la copertura sia scaduta), ma durante la validità del presente Sussidio, Fondosani, in base alla Tabella di seguito riportata, eroga un contributo economico pari al valore in euro corrispondente al grado di percentuale stabilita a seguito di accertamento Medico legale, **fino ad un importo massimo di € 30.000,00.**

La presente garanzia si attiva in caso di invalidità permanente con punteggio superiore al 5,99%.

TABELLA INVALIDITA' DA INFORTUNIO

Grado % IP	Valore Contributo Economico €	Grado % IP	Valore Contributo Economico €	Grado % IP	Valore Contributo Economico €
1 – 5,99	Nessuna	35 – 39,99	4.800,00	70 – 74,99	16.800,00
6 – 10,99	360,00	40 – 44,99	5.400,00	75 – 79,99	19.200,00
11 – 14,99	600,00	45 – 49,99	6.000,00	80 – 84,99	23.100,00
15 – 19,99	1.200,00	50 – 54,99	7.200,00	85 – 89,99	24.000,00
20 – 24,99	2.400,00	55 – 59,99	9.600,00	90 – 94,99	26.400,00
25 – 29,99	3.000,00	60 – 64,99	12.000,00	95 – 99,99	30.000,00
30 – 34,99	4.200,00	65 – 69,99	14.400,00	100	30.000,00

Il grado di Invalidità permanente viene accertato da un Comitato Medico Legale facendo riferimento ai valori, da intendersi quali massimi, delle seguenti menomazioni:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	Valori Destro	Valori Sinistro
un arto superiore	70%	60%
una mano o un avambraccio	60%	50%
un pollice	18%	16%
un indice	14%	12%
un medio	8%	6%
un anulare	8%	6%
un mignolo	12%	10%
una falange del pollice	9%	8%
una falange dell'altro dito della mano	1/3 del valore del dito	

Anchilosi:	Valori Destro	Valori Sinistro
Dalla scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità scapola	25%	20%
Del gomito in angolazione tra fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
Del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%	8%

Paralisi completa:	Valori Destro	Valori Sinistro
del nervo radiale	35%	30%
del nervo ulnare	20%	17%

Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:	Valori
al di sopra della metà coscia	70%
al di sotto della metà coscia ma al di sopra del ginocchio	60%
al di sotto del ginocchio ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%

Perdita anatomica o funzionale di:	Valori
Un piede	40%
Ambedue i piedi	100%
Un alluce	5%
Un dito del piede diverso dall'alluce	1%
Falange ungueale dell'alluce	2,5%

Anchilosi:	Valori
Dell'anca in posizione favorevole	35%
Del ginocchio in estensione	25%
Della tibio-tarsica con anchilosi ad angolo retto con anchilosi della sottoastralgica	15%

Sordità completa:	Valori
Un orecchio	10%
Ambedue le orecchie	40%

Stenosi nasale assoluta:	Valori
Monolaterale	4%
Bilaterale	10%

Perdita anatomica di:	Valori
Un rene	15%
Della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	Valori
Una vertebra cervicale	12%
Una vertebra dorsale	5%
12° dorsale	10%
Una vertebra lombare	10%

Varie:	Valori
Esiti di frattura di un metamero sacrale	3%
Esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%
Perdita totale, anatomica o funzionale di un occhio	25%
Perdita totale, anatomica o funzionale di ambedue gli occhi	100%
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%
perdita totale della voce	30%
Ernia addome da sforzo ed ernie traumatiche solo in caso che non siano operabili	Max 10%

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di Invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro.

Se l'Infortunio ha come conseguenza una Invalidità permanente parziale, non determinabile sulla base dei valori sopra previsti, il Comitato Medico Legale farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle sopra elencate, le percentuali sono calcolate entro il limite di quelle sopra indicate ed in proporzione alla funzionalità perduta;
- nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;

- nel caso in cui l'Invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori sopra elencati e ai criteri sopra riportati, la stessa viene comunque determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'associato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione della percentuale di Invalidità calcolata sulla base dei valori sopra indicati e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Il Massimale della presente garanzia è da intendersi come il massimo importo erogabile per l'intera durata del Sussidio a seguito di Invalidità permanente; pertanto la somma di più contributi erogati relativi a Invalidità permanente da Infortuni non potrà eccedere il **valore economico di € 30.000,00**.

R. RIMBORSO SPESE PER NON AUTOSUFFICIENZA – Garanzia valida esclusivamente per l'Associato Titolare del Sussidio

La presente garanzia non è cumulabile con le altre previste dal presente Sussidio.

Si attiva all'insorgenza, nel corso di validità del presente Regolamento, di eventi imprevisti ed invalidanti dell'Associato Titolare derivanti sia da Infortunio che da Malattia tali da comportare uno stato di non autosufficienza per il quale l'Associato non può svolgere autonomamente le attività elementari della vita quotidiana.

Lo stato di non autosufficienza verrà valutato da un Comitato Medico-Legale incaricato da Fondosani secondo il criterio del punteggio (successivo punto R.1 e *Allegato 2* al presente Sussidio "*Tabella dei Punteggi*") ossia, ad ognuna delle attività elementari della vita quotidiana verrà assegnato un punteggio da 0 a 10.

Il Comitato Medico-Legale, eventualmente avvalendosi della consulenza tecnico-specialistica ritenuta necessaria, esaminerà e valuterà tempestivamente la documentazione ricevuta (si veda a tal proposito la Guida Operativa) entro e non oltre un mese dalla data di ricevimento della documentazione completa ed eventualmente predisporrà una visita.

Fundosani avrà diritto di richiedere accertamenti medici che attestino la permanenza dello stato di non autosufficienza e qualora l'accertamento Medico-Legale evidenzii il recupero della autosufficienza, comunicherà all'Associato la sospensione ovvero la revoca definitiva delle prestazioni.

Il venir meno dello stato di non autosufficienza o il decesso dell'Associato dovrà essere immediatamente comunicato a Fondosani (dai familiari conviventi dell'Associato). Tutti gli importi eventualmente percepiti dopo il decesso o a seguito del venir meno dello stato di non autosufficienza dovranno essere restituiti a Fondosani.

In caso di rifiuto da parte dell'Associato a sottoporsi ad un controllo o all'invio dei documenti richiesti, l'erogazione delle prestazioni è revocata dalla data della richiesta del controllo o della documentazione da parte di Fondosani.

R.1. Definizione dello stato di non autosufficienza

È definita persona non autosufficiente la persona che risulti incapace, tendenzialmente in modo permanente e comunque per un periodo superiore a 90 giorni, di svolgere in tutto o in parte alcune attività elementari della vita quotidiana:

- **lavarsi (farsi il bagno o la doccia);**
- **vestirsi e svestirsi;**
- **igiene personale (utilizzare la toeletta, lavarsi);**
- **mobilità;**
- **continenza;**
- **alimentazione (bere e mangiare).**

Per ognuna di queste attività Fondosani, sulla base di una valutazione del proprio Comitato Medico- Legale, accerta il grado di autonomia della persona e assegna un punteggio secondo la tabella di valutazione Punteggi (*Allegato 2* al presente Sussidio “*Tabella dei Punteggi*”).

Lo stato di non autosufficienza è riconosciuto qualora la somma dei punteggi sia uguale o superiore a 40 punti.

L'accertamento con esito positivo dello stato di non autosufficienza dà diritto, a decorrere dalla data della richiesta derivante dallo stato di non autosufficienza, al Rimborso di tutte le spese sanitarie e assistenziali sostenute sia nella Forma Diretta che Indiretta o presso SSN e strettamente collegate allo stato di non autosufficienza, quali:

- Assistenza domiciliare (Badante, Operatore Socio-Sanitario, Infermiere);
- Contributo RSA (in sostituzione dell'Assistenza domiciliare);
- Fisioterapie (anche domiciliari);
- Spese per Farmaci;
- Spese per adeguamento dell'immobile.

Le prestazioni di cui sopra saranno garantite da Fondosani, permanendo lo stato di non autosufficienza entro un **limite massimo di € 250,00 al mese e per un periodo massimo di 3 anni** (fermo restando il regolare versamento dei contributi dovuti) o per il minor tempo intercorso qualora dovesse venir meno, per qualsivoglia motivo, lo stato di non autosufficienza ovvero la qualifica di socio.

R.2. Modalità di attivazione della garanzia in forma diretta

L'Associato, una volta accertato lo stato di non autosufficienza da parte della Commissione Medico-Legale sulla base del punteggio raggiunto, potrà richiedere l'erogazione in forma diretta delle prestazioni sanitarie e di assistenza domiciliare (quali ad esempio, infermiere, fisioterapista, badante) riconducibili e strettamente collegate allo stato di non autosufficienza, nei limiti del Massimale di cui al punto R.1., previa espressa Autorizzazione alla Presa in Carico da parte della Centrale Salute (a tale proposito si rimanda alle procedure previste e consultabili nell'area riservata del portale di Fondosani).

S. SOSTEGNO PER PERDITA DI IMPIEGO – Garanzia valida esclusivamente per il Titolare del Sussidio

Fondosani, in caso di perdita del lavoro da parte dell'Associato Titolare del presente Sussidio, per cause a lui non imputabili, rimborserà le spese successivamente elencate a condizione che l'Associato abbia un contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato (limite minimo:

16 ore settimanali) da almeno 12 (dodici) mesi conclusi al momento della sottoscrizione del modulo di adesione al presente Sussidio.

La presente garanzia verrà attivata qualora la perdita di lavoro sia conseguenza di uno dei casi sottoelencati:

1. procedura concorsuale di cui al R.D. del 16.03.1942 s.m.i. dell'Azienda/società/ente – datore di lavoro dell'Associato;
2. licenziamento per giustificato motivo oggettivo legato all'attività produttiva, il regolare funzionamento e/o l'organizzazione del lavoro dell'azienda/società/ente – datore di lavoro dell'Associato, in conformità alla Legge n. 604/1966 s.m.i.;
3. licenziamento conseguente a procedure di riduzione del personale (ivi compresa la procedura di riduzione di mobilità) in conformità alle norme vigenti in materia di licenziamenti collettivi.

In tutti i casi sopra elencati e a seguito di richiesta inoltrata dall'Associato, Fondosani, potrà provvedere al Rimborso delle seguenti spese debitamente quietanzate, anche qualora queste siano intestate a familiari ricompresi nel Nucleo familiare e relativi a contratti già in essere al momento del licenziamento (per le cause sopra elencate):

- a) fatture per le utenze domestiche quali luce, acqua e gas successive (come periodo di consumo) al licenziamento stesso;
- b) retta mensile e/o spese per mensa dell'asilo nido, scuola materna e/o scuola primaria (istituti pubblici) del figlio/i dell'Associato;
- c) tassa sui rifiuti solidi urbani relativi all'abitazione di residenza dell'Associato;
- d) oneri condominiali relativi all'abitazione di residenza dell'Associato;
- e) canone di locazione dell'abitazione di residenza dell'Associato;
- f) rata del mutuo relativo all'abitazione di residenza dell'Associato.

Fundosani rimborserà le suindicate spese esclusivamente nelle uniche ipotesi in cui la perdita da lavoro possa essere ascrivibile ai casi di licenziamento sopra elencati ai nn. 1, 2 e 3 del presente articolo S.

Condizione necessaria affinché Fondosani provveda al Rimborso delle voci sopra elencate è che l'Associato Titolare del Sussidio, abbia perso il lavoro subordinato per un **periodo non inferiore a 30 giorni consecutivi e che, quest'ultimo, comunichi l'evento con la necessaria documentazione entro il termine massimo di 60 giorni dal verificarsi del licenziamento, al fine di attivare la presente garanzia.**

Ad ogni modo Fondosani rimborserà le spese sostenute dall'Associato a decorrere dal giorno del licenziamento stesso ed effettuate nell'arco **massimo di 24 (ventiquattro) mesi.**

Il Rimborso avverrà per spese che siano state sostenute in Italia e nei limiti del **Massimale mensile di € 300,00** purché l'Associato versi in uno stato di non occupazione.

Fermo quanto previsto dall'art. 19 della Sezione 3 (Esclusioni), la presente garanzia non avrà efficacia qualora:

- il contratto di lavoro dell'Associato sia stipulato con società di intermediazione, somministrazione e fornitura di lavoro ad azienda/società/ente che effettui i licenziamenti di cui al presente art. S., nn. 1), 2) e 3), nei confronti dell'Associato;
- per contratti di lavoro domestico;
- per contratti di lavoro a progetto;
- per contratti di lavoro autonomo anche se configurati da collaborazione coordinata e continuativa;
- per contratti di formazione, tirocinio, stage, apprendistato e inserimento al lavoro;
- per contratti stipulati con aziende/società/enti che compiano a qualsiasi titolo attività non lecite.

Saranno inoltre escluse dal Rimborso, le spese sostenute in caso di:

- aspettativa;
- sospensione temporanea dal lavoro;
- forme di congedo temporaneo;
- assegnazione a Cassa Integrazione (tutte le forme);
- ricorso a contratti di solidarietà;
- cessazione del rapporto di lavoro durante o alla fine del periodo di prova contrattuale;
- dimissioni del lavoratore a qualsiasi titolo, anche concordate attraverso l'utilizzo di ammortizzatori sociali;
- raggiungimento dell'età pensionabile dell'Associato;
- scioglimento del rapporto contrattuale di lavoro per limiti di età dell'Associato;
- decesso dell'Associato;
- dimissioni per motivi di salute dell'Associato;
- i casi di licenziamento da azienda/società/ente che avesse avviato le procedure di cui al presente art. S. n. 1) almeno 90 giorni prima la sottoscrizione del Sussidio da parte dell'Associato;
- qualora il licenziamento sia stato concordato precedentemente la sottoscrizione del Sussidio, ma abbia i suoi effetti in corso di validità dello stesso.

In ogni caso non si potranno considerare rimborsabili le spese sostenute dall'Associato che abbia rinunciato alla reintegrazione al lavoro a seguito di decisione giudiziaria o arbitrale occorsa a seguito di ricorso contro il recesso esercitato dal datore di lavoro.

AREA PREVENZIONE

T. PREVENZIONE ODONTOIATRICA

Fondosani, offre all'Associato la possibilità di usufruire, senza alcuna quota di spesa a carico, entro l'anno di validità del presente Sussidio, di **1 (uno)** Pacchetto di Prevenzione Odontoiatrica comprendenti una Visita Odontoiatrica e una Seduta di Detartrasi (Ablazione del tartaro).

Le prestazioni potranno essere effettuate, esclusivamente, previa autorizzazione per il tramite della Centrale Salute e solo in forma diretta, ricorrendo a Centri Convenzionati con il Network Fondosani/Health Assistance (Assistenza Diretta in Network).

SERVIZI E ASSISTENZA DI CENTRALE SALUTE

U. ASSISTENZA H24

U.1. PRESTAZIONI EROGATE PER L'ASSISTENZA H24

Ciascuna delle successive prestazioni di Assistenza è fornita non più di tre volte per annualità, salvo eventuale diversa indicazione per le singole prestazioni.

U.2. CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione o suggerimento di carattere medico sanitario di carattere generale. I Medici di guardia non possono in alcun caso fornire diagnosi o prescrizioni.

U.3. INVIO DI UN MEDICO AL DOMICILIO

Qualora l'Associato necessiti di un Medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne (dalle ore 20:00 alle ore 8:00) o nei giorni festivi (tutto il giorno), e non riesca a reperire il suo Medico curante, la Centrale Operativa provvede, dopo l'accertamento tramite un primo contatto telefonico del suo Medico di guardia, ad inviare gratuitamente uno dei propri Medici Convenzionati.

In caso di irreperibilità immediata del Medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Centrale Operativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasferimento dell'Associato con ambulanza ad un pronto soccorso. Validità territoriale: Italia.

U.4. INVIO AMBULANZA (VALIDITA' TERRITORIALE ITALIA)

Qualora l'Associato, in seguito ad Infortunio o Malattia, necessiti, successivamente al Ricovero di primo soccorso di:

- essere trasportato da un ospedale in cui è ricoverato presso un altro centro ospedaliero;
- rientrare al proprio domicilio a seguito di dimissione da un centro ospedaliero e, qualora a giudizio del Medico curante, l'Associato non possa utilizzare un mezzo diverso dall'autoambulanza,

la Centrale Operativa invia direttamente l'autoambulanza tenendo a proprio carico il costo sino ad **un massimo di 100 km** di percorso complessivo (andata e ritorno).

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

U.5. In caso di necessità

Al fine di attivare le necessarie procedure di presa in carico della richiesta, l'Associato o chi per lui, si impegna a prendere contatto appena possibile con la Centrale Operativa dedicata ai Servizi H24, per comunicare il tipo di assistenza richiesto.

U.6. La Centrale per l'assistenza H24

IL NUMERO DA CONTATTARE PER ATTIVARE I SERVIZI DELL'ASSISTENZA H24 IN CASO DI NECESSITA' E' IL NUMERO VERDE: 800.598.635, **ATTIVO** 24 ore su 24, 365 gg. all'anno, in lingua italiana.

U.7. Rischi esclusi per la garanzia assistenza H24

Per tutte le garanzie espresse nel precedente art. U. (Assistenza H24) e successivi sotto-articoli, è escluso ogni Rimborso, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:

- a) Cause ed eventi non adeguatamente documentati.
- b) Comportamenti illeciti o dolosi, sia compiuti che tentati dall'Associato; suicidio o tentato suicidio.
- c) Malattie mentali, stati d'ansia, stress e depressione, disturbi psichici in genere e nevrosi, nonché sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS); reazione psicologica derivante dalla paura (ad es. di un atto di guerra, insurrezione popolare, atto di terrorismo, incidente aereo).
- d) Intossicazioni, Malattie ed Infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici e di psicofarmaci, nonché dall'uso non terapeutico di allucinogeni e stupefacenti.
- e) Malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche e preesistenti alla data di inizio della copertura e note all'Associato.
- f) Malattie dipendenti dalla gravidanza, oltre la 26ma settimana di gestazione.
- g) Infortuni derivanti da atti di temerarietà o attività sportive pericolose (a titolo esemplificativo e non esaustivo: alpinismo, trekking oltre i 2500 metri, salti dal trampolino con sci o idro-sci, guida e uso di guidoslitte e bob, deltaplano, parapendio, immersione con autorespiratore, speleologia, pugilato, canoa e rafting, concorsi di equitazione, caccia e tiro, hockey su ghiaccio, sci fuoripista, rugby, football americano, bungee-jumping, atletica pesante e lotta nelle sue varie forme).
- h) Infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale o dilettantistico o inerenti a partecipazioni a gare.
- i) Missioni di lavoro che prevedano lo svolgimento di attività prevalentemente di natura manuale e/o manifatturiera e/o con l'ausilio di strumenti e macchinari meccanici o industriali.
- j) Pratica venatoria; possesso di armi e munizioni, ancorché provvisti di apposite licenze e autorizzazioni.
- k) Viaggi intrapresi allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico-chirurgici, estetici o riabilitativi.
- l) Viaggi intrapresi in zone dove vi sia lo sconsiglio a viaggiare del Ministero degli Esteri; viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con mezzi speciali o dove persistano situazioni di conflitto armato, ostilità, guerra, guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione e sommosse, legge marziale, usurpazione del potere.
- m) Atti di sabotaggio, vandalismo o terrorismo in genere, compreso l'utilizzo di ogni tipo di ordigno nucleare o chimico.
- n) Eventi derivanti da fenomeni di trasmutazione dell'atomo, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva o da contaminazione chimico- biologica o batteriologica, inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da qualsiasi danno ambientale.
- o) Catastrofi naturali ed altri sconvolgimenti della natura.
- p) Pandemia, se definita come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

V. Conservazione delle Cellule Staminali

Per tutto il corso di validità del presente Sussidio, l'Associato avrà a disposizione a costi agevolati la possibilità di usufruire della Convenzione stipulata tra il Network Fondosani/Health Assistance e la Società StemWay Biotech Limited con sede italiana a Roma in via Luigi Chiarelli n. 12.

Grazie alla Convenzione siglata sarà possibile per l'Associato richiedere direttamente alla StemWay Biotech, anche per il tramite della Centrale Salute, il servizio di conservazione delle cellule staminali in forma privata all'estero, secondo i criteri normativi attualmente in vigore, nonché usufruire dei pacchetti sottoelencati a costi agevolati.

a) Crio - conservazione delle cellule staminali del cordone ombelicale.

Gli standard qualitativi utilizzati dalla StemWay Biotech nel testare, processare e preparare i campioni, sono tra i più severi e moderni disponibili. La qualità del processo di separazione delle cellule dal plasma e la specifica curva di crio-conservazione elaborata dai ricercatori dei loro laboratori sono in grado di offrire la più elevata garanzia di conservazione.

Le cellule staminali vengono così conservate, suddivise in più lotti, al fine di eliminare i rischi da perdita totale del campione a causa di eventi catastrofici.

Tutti i laboratori hanno ottenuto i più severi accreditamenti internazionali (GMP-ISO17025) e garantiscono il medesimo elevato livello di qualità e di sicurezza.

I laboratori utilizzati da StemWay Biotech possono, inoltre, offrire servizi di amplificazione e coltura cellulare secondo i più rigorosi e moderni standard scientifici internazionali, puntando a divenire il punto di riferimento per gli sviluppi della medicina rigenerativa.

b) Informazione scientifica.

StemWay BIOTECH vuole costituire una fonte privilegiata per i Genitori ed i professionisti del settore sanitario, per l'accesso ad informazioni attendibili, indipendenti, aggiornate ed esaustive sulla ricerca scientifica e la sua applicazione in materia di cellule staminali, attraverso supporti informativi documentali e colloqui individuali con i nostri specialisti.

Al fine di garantire l'assoluta correttezza etica e scientifica di tutte le attività della società, StemWay Biotech è l'unico operatore del settore che prevede, tra i propri organi sociali, un Comitato Etico indipendente.

Questo perché un completo e oggettivo supporto informativo scientifico, che già costituisce il fondamento della serenità di ciascun paziente, nell'ambito di un settore così innovativo, quale quello delle cellule staminali, deve rappresentare un valore insostituibile.

c) Consulenza medica.

StemWay BIOTECH non vuole limitarsi, quindi, alla sola conservazione delle cellule staminali, ma vuole essere il centro di competenze scientifiche e mediche unico ed ideale per ogni ulteriore esigenza che possa maturare a conservazione avvenuta.

Qualora nel corso del periodo di stoccaggio dovesse presentarsi una patologia per la quale la disponibilità di proprie cellule staminali possa consentire l'utilizzo di un trattamento o di una terapia a base di staminali, StemWay BIOTECH potrà assicurare la migliore assistenza nella selezione, a livello internazionale, dei professionisti, degli ospedali e delle cliniche più avanzate supportando, se richiesto, la struttura sanitaria che ha in cura il paziente.

Inoltre, StemWay BIOTECH si prenderà cura del trasporto dei campioni presso la struttura sanitaria indicata dai Genitori, supportando gli stessi, attraverso il proprio personale tecnico, nel coordinamento di tutte le complesse attività terapeutiche.

Tutte le informazioni necessarie per accedere correttamente alle prestazioni sanitarie erogate in forma Diretta e Indiretta, nonché la gestione dei relativi Rimborsi sono indicate nella Guida Operativa facente parte integrante del presente Sussidio consultabile nell'Area Riservata del portale del Fondo Sanitario Integrativo Fondosani.

ALLEGATO 1 "ELENCO DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI"

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

CHIRURGIA GENERALE

- Ernia inguinale e femorale (con esclusione di tutte le altre ernie della parete addominale)
- Intervento per asportazione tumore alla mammella

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare
- Cataratta ed interventi sul cristallino con eventuale vitrectomia

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino
- Interventi per poliposi nasale

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Safenectomia per grandi vasi (solo varici della grande safena)
- Bypass aortocoronarico singolo o multiplo con o senza circolazione extracorporea
- Bypass aorto-iliaco – femorale (aorto-femorale, aorto-iliaco, alla poplitea, aortopopliteo)

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatici
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
- Calcolosi urinaria

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

- Isterectomia con eventuale con eventuale annessectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
- Interventi al tunnel carpale e dito a scatto

CHIRURGIA MAXILLO- FACCIALE

- Interventi di chirurgia oro maxillo-facciale per mutilazioni del viso conseguenti ad infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali superiore al 25%

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

ALLEGATO 2 "TABELLA DEI PUNTEGGI PER LA DETERMINAZIONE DEL GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA"

Lavarsi

1° grado

l'Associato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo:
punteggio 0

2° grado

l'Associato necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno:
punteggio 5

3° grado

l'Associato necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno:
punteggio 10

Vestirsi e svestirsi

1° grado

l'Associato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo:
punteggio 0

2° grado

l'Associato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore o per la parte inferiore del corpo:
punteggio 5

3° grado

l'Associato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore che per la parte inferiore del corpo:

punteggio 10

Igiene personale

1° grado

l'Associato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare al bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:

punteggio 0

2° grado

l'Associato necessita di assistenza per almeno 1 o al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività:

punteggio 5

3° grado

l'Associato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività:

punteggio 10

Mobilità

1° grado

l'Associato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi:

punteggio 0

2° grado

l'Associato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici, come ad esempio la sedia a rotelle o le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto:

punteggio 5

3° grado

l'Associato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi:

punteggio 10

Continenza

1° grado

l'Associato è completamente continente:

punteggio 0

2° grado

l'Associato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno:

punteggio 5

3° grado

l'Associato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come pannoloni, catetere o colostomia:

punteggio 10

Alimentazione

1° grado

l'Associato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti:

punteggio 0

2° grado

l'Associato necessita di assistenza per 1 o più delle seguenti attività:

- sminuzzare/tagliare i cibi;
- sbucciare la frutta;
- aprire contenitore/una scatola;
- versare bevande nel bicchiere:

punteggio 5

3° grado

l'Associato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale:

punteggio 10.