

# Fo.C.A.S.

Fondo Cooperazione Assistenza Sanitaria - Soc.Mutuo Soccorso

www.focascoop.it

← sito WEB

info@focascoop.it

← corrispondenza e\_mail

## Informazioni generali per Opzione 2/B1 *Anno 2019*

### Assistenza sanitaria a favore dei dipendenti/esodati CreditAgricole ex Carim

Quadri direttivi di I, II, III e IV livello

Aree professionali

#### **FOCAS - Segreteria Amministrativa**

La Segreteria del Fondo è a disposizione dei Soci per chiarimenti e precisazioni, e per la migliore collaborazione possibile nel disbrigo delle pratiche documentative.

36100 Vicenza - Via Quintino Sella, 85  
Tel. 0444-238434 Fax. 0444-238435  
E\_mail *info@focascoop.it*

#### **ORARIO di SEGRETERIA**

Mattino: dalle 8,15 alle 13,30  
Pomeriggio: " 14,30 " 16,00  
(dal Lunedì al Venerdì)

# FOCAS: Assistenza sanitaria opzione 2/B1

## Indice

<b>Caratteristiche del Fo.C.A.S.</b> .....	3
1 - Averi diritto ad iscriversi o mantenere l'iscrizione. ....	3
2 - Persone assistibili .....	3
3- Grandi Rischi per interventi chirurgici.....	3
4 - Costo opzione 2/B1 .....	3
5- Quota associativa una tantum per iscrizione in assistenza .....	3
6- Decorrenza dell'assistenza sanitaria per l'anno 2019.....	3
<b>Riepilogo massimali Opzione convenzionata 2/B1</b> .....	4
<b>Modalità di invio della documentazione di spesa</b> .....	5
<b>Termini per la presentazione delle richieste di rimborso</b> .....	5
<b>VISITE MEDICO SPECIALISTICHE</b> .....	6
<b>ESAMI SANITARI</b> .....	8
<b>TERAPIE INTEGRATIVE, SUPPLEMENTARI E PSICOTERAPIE</b> .....	10
<b>PRESTAZIONI SANITARIE AMBULATORIALI, DAY HOSPITAL ed INTERV.CHIRURGICO SENZA RICOVERO OSPEDALIERO</b> .....	12
<b>CURE DENTARIE</b> .....	14
<b>MEDICINALI - VACCINI</b> .....	16
<b>CONTRIBUTI PER SVEZZAMENTO/DISMETABOLISMI</b> .....	17
<b>CURE FANGO-BALNEO-TERMALI</b> .....	18
<b>Contributo x INTERVENTO CHIRURG.OSPEDAL.</b> .....	20
<b>OCCHIALI e LENTI A CONTATTO</b> .....	22
<b>Acquisto PRESIDI TERAPEUTICO-SANITARI</b> .....	24
<b>CHECK UP convenzionato per i dipendenti/ esodati</b> .....	26
<b>CHECK UP in regime di libera professione/ ordinario per familiari</b> .....	27
<b>Copertura spec. GRANDI RISCHI per INTERVENTI CHIRURGICI</b> .....	28
Interventi previsti come GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI .....	32
<b>Copertura spec. DIARIA per RICOVERO OSPEDALIERO</b> .....	39

# Caratteristiche del Fo.C.A.S.

## **1 - Avanti diritto ad iscriversi o mantenere l'iscrizione.**

Quelli che hanno diritto ad iscriversi per l'anno 2019 sono compresi nell'elenco che verrà fornito da C.A.-Cariparma al Focas.

## **2 – Persone assistibili**

Dipendente/esodato avente diritto e la sua famiglia base

La famiglia base comprende:

- il dipendente/esodato che diventa socio;
- il coniuge;
- i figli del dipendente/esodato ed assimilati (figli legittimi, figli naturali riconosciuti, adottati od in affidamento pre-adottivo) fino all'età massima di 26 anni;
- i figli del coniuge del dipendente/esodato, purché conviventi oppure risultanti comunque a carico di uno dei due coniugi, e fino all'età massima di 26 anni.

## **3– Grandi Rischi per interventi chirurgici**

- nel **Focas**, la copertura **Grandi Rischi** prevede **311** tipologie d'intervento

Nel Focas è prevista la possibilità di richiedere l'erogazione di una eventuale indennità sostitutiva (d'importo variabile per la opzione 2/B1 da € 85 ad € 165, secondo la gravità dell'intervento), erogabile fino a 120 giorni famiglia/anno, quando non viene richiesto rimborso di spese a piè di lista.

- i Soci iscritti al Focas possono inoltre richiedere (contro pagamento di una quota integrativa particolarmente ridotta)

- l'allargamento della copertura Grandi Rischi agli altri familiari conviventi
  - € 45 all'anno, per persone fino a 60 anni d'età per Opz.2/B1 (massimale € 70.000)
- all'intera famiglia-base dei figli adulti anche se non conviventi con il dipendente/esodato
  - € 99 per figlio + coniuge e loro figli = Opz.2/B1 (massimale € 70.000)

## **4 – Costo opzione 2/B1**

I costi per la famiglia base: dipendente/esodato, coniuge a carico, figli a carico di età inferiore a 26 anni, sono inclusi nella opzione.

*Corrispettivi integrativi annui a carico dei dipendenti/esodati per inserimento volontario di familiari non a carico*

- Euro 193,20 per il coniuge non a carico
- Euro 163.20 per ogni figlio non a carico fino a 26 anni di età

## **5– Quota associativa una tantum per iscrizione in assistenza**

Quota Associativa una tantum di iscrizione in assistenza da versare da parte dell'iscritto, con possibilità di convertire la quota di iscrizione già versata in base alla convenzione Focas/FAS.

- Figlio non carico (età inferiore ai 26 anni) € 10,00
- Coniuge non a carico € 10,00

## **6– Decorrenza dell'assistenza sanitaria per l'anno 2019**

Sono assistibili “da subito” tutte le prestazioni sanitarie previste dalla opzione 2/B1.

## Riepilogo massimali Opzione convenzionata 2/B1

### Opz. Convenzionata a contribuzione fissa (con Cure Dentarie)

<i>Tipologia Prestazioni</i>	Max. individuale		Aliq. rimb.	Franchigia	
<b>Prestaz. dirette ordin.</b>	<b>2/B1</b>				← Massimali individuali di rimborsi erogabili, <u>ripetibili</u> per ciascun assistito.
VISITE MED. SPECIAL.	<b>€ 840,00</b>	a	70% 60%	€ 5 € 25	← Ticket [centri del SSN o convenz.SSN] ← libera Professione
ESAMI SANITARI	<b>€ 840,00</b>	a	70% 45%	€ 5 € 20	← Ticket [centri del SSN o convenz.SSN] ← libera Professione
TERAP.INTEGR-PSICOT. <i>(Max individuale annuale)</i>	<b>€ 840,00</b>	a	70%	€ 5	← Ticket [centri del SSN o convenz.SSN]
<i>(Massimale annuo Famiglia)</i>	<b>€ 900,00</b>	a	50%	€ 30/40	← terap.integrat.libera Profess. [40% psicoterapie]
PRESTAZ.AMBULATOR..	<b>€ 840,00</b>	a	70% 50%	€ 5 € 15/25	← Ticket [centri del SSN o convenz.SSN] ← libera Profess., Day Hosp., Assist.parto, altre ambul.
CURE DENTI <i>(Max individuale annuale)</i>	<b>€ 2.070,00</b>	a	70%	€ 10	← Ticket [centri del SSN o convenz.SSN]
<i>(Massimale annuo Famiglia)</i>	<b>€ 2.500,00</b>	a	30%	€ 40/100	← libera Professione
MEDICINALI	<b>€ 780,00</b>	a	45%	€ 9	← Medicinali fasc.A+B+C + Vaccini
Contributo svezzamento	<b>€ 155,00</b>	u			← intervento unico al compimento 3 mese età del bambino
Contr.dismetab.alimentari	<b>€ 130,00</b>	a	50%		← su spesa a carico (per fanciulli fino al 12 anno d'età)
CURE FANGO-BALN.-TERM	<b>€ 124,00</b>	a	50% 50-20%	€ 10 € 20	← Ticket [centri del SSN o convenz.SSN] ← libera Professione e post interv chirurgico
INTERV.CHIR.OSP. (Contrib.x Interventi chirurgici <u>minori</u> §)	<b>€ 950,00</b>	a	50%	€ 50 € 100	§ - per interv.chirurgici <u>maggiori</u> vedere copertura GRANDI RISCHI ← su spese e onorario chirurgo in Osped.convenz.SSN ← su spese e onorario chirurgo in Clinica privata
OCCHIALI e lenti a contatto/corneali <sup>°</sup> <i>(Max individuale annuale)</i>	<b>€ 340,00</b>	a	60%	€ 20 € 40	← per sostituz.singola lente ← su occhiale completo [lenti + montatura]
<i>(Massimale annuo Famiglia)</i>	<b>€ 350,00</b>	a	50%	€ 20 € 25	← previsto per le lenti corneali ← previsto per le lenti a contatto usa e getta
ACQ.PRESÌDI TERAPEUT.	<b>€ 940,00</b>	a	70%	€ 40	- contributo straordin. 40% in mancanza autorizzaz.SSN
CHECK UP dip/esodati	<b>€ 170,00</b>	a	100%	0	← in lib.professione/.ordinario]
CHECK UP familiari a carico	<b>€ 80,00</b>	a	30%	€ 10	← in lib.professione/.ordinario]
<b>Max anno Prest.dir/ Famiglia</b>	<b>€ 8.400,00</b>	a			← a = massimale annuo; u = intervento unico; g = diaria giornaliera

#### Prestazioni speciali

GRANDI RISCHI Int.Chir. (Interventi chirurg.maggiori &)	<b>€ 70.000,00</b>	a			[&] - al netto di franchigia base; - a scelta/ diaria sostitutiva di importo variabile, secondo la gravità dell'intervento chirurgico; - se il preventivo di spesa supera l'importo di € 5.170, il Fondo <u>anticiperà</u> , sulla base di documentata richiesta, fino al <u>50% del costo complessivo</u> dell'intervento, entro il limite del 50% della copertura Grandi Rischi.
Diaria per RICOVERO OSP.* (Diaria <u>aggiunta</u> se non Gr.Rischio)	<b>€ 41,40</b>	g			* [diaria giornaliera x Max. 120 gg. Fam./anno] ← La copertura interviene in tutti i casi di Ricovero Ospedaliero che non rientrino nella categoria Grandi Rischi e <u>si aggiunge</u> ai rimborsi per Interv.Chirurg.minore [§].

## Modalità di invio della documentazione di spesa

- invio tramite **la procedura on-line** che prevede l'invio di tutta la documentazione inerente la richiesta di rimborso in formato digitale mediante il portale Focas <https://www.focascoop.it/portale/>  
le credenziali di accesso verranno inviate ai possessori di e-mail.
- invio **via posta** all'indirizzo *Fo.C.A.S Soc.Mutuo Soccorso Via Quintino Sella, 85 cap.36100 Vicenza (VI)* delle **sole fotocopie in formato A4** di tutta la documentazione inerente la richiesta di rimborso. Dovrà essere obbligatoriamente accluso **in originale** il modulo di richiesta di rimborso completato e firmato.  
Eventuali documenti in originale di spesa e/o documentazione accessoria di supporto non saranno restituiti.
- **L'invio dei documenti di spesa su supporto cartaceo ne esclude l'invio via procedura on-line e viceversa.**

*Non saranno accolte richieste di rimborso inviate via fax o come allegati di posta elettronica.*

Al momento non sono gestibili con la procedura di invio on-line le richieste di erogazione di:

- contributo svezamento
- diaria per ricovero ospedaliero;
- diaria per ricovero ospedaliero con intervento in Grandi Rischi;
- rimborso spese a piè di lista per ricovero ospedaliero con intervento in Grandi Rischi.

Le cartelle cliniche e gli eventuali documenti di spesa dovranno essere obbligatoriamente inviati in fotocopia e NON saranno restituiti.

## Termini per la presentazione delle richieste di rimborso

Ai fini di un corretto monitoraggio dell'andamento del Fondo si invitano gli assistiti ad inoltrare mensilmente alla Segreteria del Fondo la documentazione della spesa sostenuta (tickets, ricevute, scontrini, fatture, ecc.).

Per quanto sopra, ai sensi dell'Art.2964 e segg. del CC, il termine di decadenza, nel corso dell'anno, per ottenere il concorso spese del Fondo risulta fissato in 6 mesi dalla data dell'evento da cui ha origine il diritto al sussidio stesso, salvo motivata richiesta di deroga accolta dal Consiglio d'Amministrazione o dall'Organo da questo delegato.

Ad anno nuovo, - al fine di poter garantire il rispetto della scadenza stabilita dall'Art.20 dello Statuto per la convocazione dell'Assemblea per l'approvazione del bilancio - **il termine di decadenza per la liquidabilità di fatture ed altri documenti di spesa rilasciati nell'anno precedente risulta fissato al mese di Gennaio dell'anno seguente.** Per quanto riguarda la diaria per ricovero ospedaliero ordinario e per grandi rischi, considerata la complessità nell'ottenere la documentazione necessaria, la scadenza viene definita in dettaglio dal Consiglio di Amministrazione.

Sono liquidabili dal Focas come "Visite specialistiche" solo le prestazioni per branche per le quali risultano ufficialmente previste in Italia corrispondenti specializzazioni universitarie (con il riconoscimento finale di specifici titoli post-laurea in medicina), pertanto non rientrano nell'ambito delle Visite Specialistiche rimborsabili le prestazioni erogate da medici di "medicines alternative" [\*] o "asseriti specialisti" per branche per le quali non risultano ufficialmente previste in Italia le corrispondenti specializzazioni universitarie

[\*] (ad esempio, naturopatia ed altre forme di "medicina non convenzionale", quali: omeopatia, ayurvedica ed altre forme di medicina tradizionale indiana o cinese, interventi diagnostici e medicali di osteopati, iridologia, aromaterapia, bioenergia, takionica, mineralogramma, medicina olistica, floriterapia, bioprofanoterapia, ecc. ecc.)

Non sono, in ogni caso, ricomprese fra le prestazioni rimborsabili le visite e gli accertamenti medico-legali (quali attestazioni per assicurazioni, per rilascio patenti, per attività sportiva, per vertenze legali, ecc.) aventi, cioè, finalità diversa da quella terapeutica o di diagnostica terapeutica (le relative fatture risultano, peraltro, soggette ad IVA, come da Art.10 DPR 633/1972 e Risoluz.Ag.Entrate 174/2005). Parimenti non rientrano fra le prestazioni erogabili le visite, le analisi, gli esami, gli interventi ed i prodotti relativi all'aiuto alla procreazione oppure alla sua prevenzione oppure all'accertamento dell'attribuzione della filiazione

Purché la ricevuta/fattura riporti la chiara l'indicazione del medico specialista e la tipologia specialistica, nome e cognome completo di codice fiscale del paziente non è più espressamente richiesto (a far tempo da Aprile 2004) che, al fine della liquidabilità delle prestazioni per Visite medico specialistiche, - alla domanda di rimborso venga allegata anche la prescrizione del Medico di base o di altro precedente Medico specialista che abbia prescritto ulteriori accertamenti - resta comunque, nell'interesse dell'assistito ricorrere sempre al preventivo parere del Medico di base che, in relazione alla sua esperienza ed alle sue conoscenze sui precedenti clinici ed all'anamnesi del paziente, lo può meglio indirizzare sulla scelta dello specialista a cui rivolgersi.

Si invita a voler sempre verificare la regolarità delle fatture rispetto alle norme su **Imposta Bollo**. ← vedere la nota su Norme Fiscali

#### **01.02** - Visite med.specialistiche / USL e Centri convenz.SSN / ticket

Per le visite specialistiche eseguite in regime di assistenza diretta presso U.S.L. o presso strutture convenzionate con il SSN, sulle ricevute rilasciate (ticket) dovrà essere sempre obbligatoriamente indicata la tipologia specialistica \*, con la precisazione, anche, del nome del Medico specialista.

\* Nel caso che la ricevuta non porti l'indicazione della tipologia specialistica, la documentazione dovrà essere comunque integrata con la prescrizione del medico di base.

#### - Visite med.specialistiche / in regime di libera professione

**01.04** Per quanto riguarda le visite specialistiche eseguite presso liberi professionisti, centri medici o poliambulatori (anche se presso strutture del SSN, ma con medici in regime di libera professione) sulle ricevute rilasciate dovrà essere sempre **obbligatoriamente** indicato il nome del Medico specialista e la relativa branca di specializzazione.

**01.01** Il preventivo intervento valutativo del medico di base non è da ritenersi indispensabile per le sottosegnate specialità, per le quali l'assistito potrà rivolgersi comunque direttamente al medico specialista:

- pediatria (per i fanciulli sotto i 12 anni);
- ostetricia-ginecologia;
- oculistica;
- otorinolaringoiatria.

\* \* \*

Le visite, consulenze e prestazioni in campo dentario rientrano nelle previsioni di cui al punto [10] → Cure Dentarie.

I trattamenti psicoterapici, sia se effettuati da medici specialisti in neuropsichiatria che da medici o psicologi abilitati come psicoterapeuti (secondo la Legge N.56 del 18.2.1989), rientrano nelle previsioni di cui al Punto [08] → Prestazioni Sanitarie Ambulatoriali.

Per accertamenti diagnostici effettuati direttamente dal medico specialista in concomitanza con la visita, i rimborsi previsti sono quelli di cui al successivo Punto ( [05] → Esami sanitari), ed, in mancanza di analitica suddivisione della spesa, la somma complessiva verrà ripartita in parti eguali fra le due componenti.

<b>Opzione</b>	<b>2/B1</b>	<b>CONVENZIONATE</b>	<b>01</b>
----------------	-------------	----------------------	-----------

<b>01.02</b>	← Visita med.specialistica SSN / ticket		
70%	- della spesa sostenuta e rimasta a carico dell'assistito (tickets) per prestazioni dirette ottenute dal S.S.N.;		← Opzione <b>2/B1</b>

<b>01.04</b>	← Visita med.specialistica libera professione		
<b>01.01</b>	← Visita med.specialistica libera professione [pediatra/oculista/ginecologo/otorino]		
60%	- della spesa sostenuta e rimasta a carico dell'assistito per visita effettuata da medici specialisti non convenzionati col S.S.N.;		← Opzione <b>2/B1</b>

Massimo erogabile per singola visita specialistica:

€ 105,00 ← Opzione **2/B1**

Franchigia sulla spesa a carico dell'assistito per le prestazioni godute in regime di assistenza diretta dal S.S.N. (tickets):

[01.02] € 5,00 ← Opzione **2/B1**

In ogni altro caso franchigia per singola fattura/ricevuta

[01.01-04] € 25,00 ← Opzione **2/B1**

Massimale annuo per Assistito:

€ 840,00 ← Opzione **2/B1**

Sono rimborsabili esclusivamente gli esami diretti all'accertamento (diagnosi) di stati di malattia od infortunio, e per la loro cura (terapia).

Non sono, pertanto, ricomprese le prestazioni per qualsiasi finalità diversa da quella terapeutica o di diagnostica terapeutica (quali, ad esempio: le visite e gli accertamenti medico-legali di qualsiasi tipo, per idoneità ad attività varie, per finalità amministrative, per vertenze giudiziarie, per verifica di fatti o situazioni del contenzioso, ecc.)

Non sono rimborsabili le analisi per ricerca indiziaria dello stato di tossicodipendenza o di altre esimenti psichico-fisiche.

Non rientrano fra le prestazioni erogabili le analisi, gli esami, gli interventi ed i prodotti relativi all'aiuto alla procreazione oppure alla sua prevenzione oppure all'accertamento dell'attribuzione della filiazione.

#### A) - esami sanitari e gli accertamenti diagnostici

Purché la ricevuta/fattura riporti la chiara l'indicazione della tipologia specialistica, nome e cognome completo di codice fiscale del paziente – trattandosi, per loro stessa natura, di atti medicali – è stato concesso che (a far tempo da Aprile 2004), non sia più obbligatoriamente richiesto, al fine della liquidabilità delle prestazioni, che alla domanda di rimborso venga allegata anche la prescrizione del Medico di base o di altro precedente Medico specialista che abbia prescritto ulteriori accertamenti. Va da sé che è sempre, e comunque, nell'interesse dell'assistito (anche per gli accertamenti più semplici, cosiddetti “di routine”) ricorrere al parere del Medico di base.

##### 05.01 - Esami sanitari, accertamenti diagnostici/ ticket USL e Centri convenz.SSN

Si ricorda che pur nell'ambito del SSN, in caso di effettuazione di esami presso laboratori convenzionati, in alcune Regioni per particolari tipologie di prestazioni è previsto che la prescrizione del medico di base debba essere convalidata con timbro di autorizzazione del SSN. Nelle attestazioni di pagamento (ticket) deve risultare la tipologia\* della prestazione ed in quelle dei Centri Privati deve risultare l'esplicito riferimento alla convenzione con SSN.

\* Nel caso che la ricevuta non porti l'indicazione della tipologia specialistica, la documentazione dovrà essere comunque integrata con la prescrizione del medico di base.

##### - Esami sanitari, accertamenti diagnostici/ in regime di libera professione

**05.40** Esami normali. Si ricorda che tutti gli accertamenti diagnostici effettuati presso laboratori convenzionati SSN, ma in libera professione perché senza preventivo nulla osta dell'USL, vengono liquidati con le stesse aliquote previste per gli esami presso laboratori non convenzionati.

**05.41** Esami con documentata urgenza. Nel caso che le strutture del SSN non siano in grado di erogare il servizio in tempi accettabili e vi sia necessità per documentata urgenza\* di doversi rivolgere a strutture private il Fondo rileverà il fenomeno, a soli fini statistici, con separata causale.

[\*] Da 1.11.02 il Fondo non applicherà più alcuna distinzione nella misura delle percentuali d'intervento, eliminando le precedenti riduzioni negli esami normali rispetto a quanto previsto per i casi di urgenza.

**B) - Per gli altri controlli sanitari** (valutazioni bio-sanitarie, non diagnostiche), per la loro liquidazione è sempre richiesto che alla domanda di rimborso venga allegata anche la prescrizione del Medico di base o di altro precedente Medico specialista che abbia prescritto questi ulteriori accertamenti non medicali.

##### 05.02 - Altri controlli sanitari / ticket USL e Centri convenzionati

##### 05.42 - Altri controlli sanitari/ in regime di libera professione

Fra i controlli non diagnostici rientrano i controlli effettuati da Dietisti (laureati, muniti di specifica abilitazione) su diete prescritte dal medico e la “valutazione dei fabbisogni nutritivi ed energetici” ed i “controlli nutrizionali” effettuati da Biologo Nutrizionista (laureato specialista in Biologia o in Scienze dell'alimentazione umana, purchè abilitato alla professione ed iscritto all'Albo Biologi, Sez.A). Si ricorda che sia il Dietista che il Biologo non possono effettuare esami sul paziente (cosiddetti “invasivi”), né fare diagnosi, né prescrivere medicinali.

\* \* \*

La diagnostica dentaria rientra nelle previsioni di cui al punto [10] → Cure Dentarie.

Non sono rimborsabili le somme recuperate coattivamente dal SSN quale quota partecipativa alla spesa sanitaria in sanzione al caso di mancato ritiro, entro i termini previsti, dei risultati di visite od esami diagnostici e di laboratorio.

Si invita a verificare la regolarità delle fatture rispetto alle norme su **Imposta Bollo**. ← vedere la nota su Norme Fiscali

<b>Opzione</b>	<b>2/B1</b>	<b>CONVENZIONATE</b>	<b>05</b>
----------------	-------------	----------------------	-----------

<b>05.01</b>	← Esami sanitari, accertamenti diagnostici presso SSN / ticket		
<b>05.02</b>	← altri Controlli sanitari presso SSN / ticket		
70%	- sull'intera spesa sostenuta e rimasta a carico dell'assistito (tickets) per prestazioni dirette ottenute dal S.S.N. o da laboratori convenzionati previo specifico nulla osta della competente USL;		← Opzione <b>2/B1</b>

<b>05.40</b>	← Esami sanitari, accertamenti diagnostici in libera professione/ “normali” ← Esami sanitari,		
<b>05.41</b>	← accertamenti diagnostici in libera professione/ per documentata urgenza		
<b>05.42</b>	← altri Controlli sanitari in libera professione		
45%	- nel caso di prestazioni erogate in regime di libera professione oppure presso laboratori non convenzionati;		← Opzione <b>2/B1</b>

## Franchigia:

- per singola fattura/ricevuta, per le prestazioni godute in regime di assistenza diretta dal S.S.N. (tickets).

[05.01-02] € 5,00 ← Opzione **2/B1**

- per singola fattura/ricevuta, per le prestazioni godute in regime di libera professione oppure presso laboratori non convenzionati.

[05.40-41] € 20,00 ← Opzione **2/B1**

[05-42] € 20,00 ← Opzione **2/B1**

*Per agevolare gli assistiti nelle forme di diagnostica più impegnative, si fa cumulo delle prestazioni effettuate nella stessa data che facciano riferimento alla medesima prescrizione medica per il medesimo comparto.*

## Massimale annuo per Assistito:

€ 840,00 ← Opzione **2/B1**

Per le cure sanitarie supplementari, integrative e per le psicoterapie necessita la prescrizione del medico di base, o dello specialista al quale l'assistito è stato inviato dal medico stesso. La prescrizione deve essere di data non anteriore ad un anno rispetto alle cure.

Restano esclusi la cura, l'assistenza e i trattamenti specifici per tossicodipendenze.

Detta prescrizione preventiva non è necessaria per le terapie prestate direttamente da: - pediatri (per fanciulli sotto i 12 anni); - oculisti; - otorinolaringoiatri; - medici ostetrici e ginecologi.

In conformità all'Art.24 del Regolamento, il concorso spese del Fondo sarà commisurato esclusivamente sulla somma che "DOVREBBE RESTARE A CARICO" dell'assistito; cioè si ha come corrisposto il concorso spese da parte del S.S.N., Ente Mutualistico o Regione, anche nel caso che il Socio non abbia provveduto ad attivarsi nei confronti dell'Ente, presentando le previste domande ed esibendo la richiesta documentazione.

#### **08.04** - Prestaz.sanitarie integrative, supplementari e psicoterapie/ ticket SSN

Per le prestazioni sanitarie ambulatoriali eseguite in regime di assistenza diretta, presso strutture del S.S.N., sulle ricevute (ticket) rilasciate dalle U.S.L. dovrà essere sempre obbligatoriamente indicata la tipologia della prestazione goduta.

#### **08.40** - Prestaz.sanit.integrative/supplementari libera profess.(non erogabili da SSN)

#### **08.41** - Prestaz.sanit.integrative/supplementari effettuate per urgenza presso strutture private

Le spese per assistenza terapeutica integrativa, per cure fisiche riabilitative (fisioterapia e massoterapia, terapie posturali e del movimento, terapie ortottiche, ecc.) e per le altre terapie "supplementari" prestate (su prescrizione medica) da personale paramedico abilitato (munito di specifico titolo universitario o di diploma rilasciato da scuole speciali, cosiddetto patentino, di cui è obbligatoria l'indicazione del *numero identificativo, data di rilascio, Ente che lo ha rilasciato*).

Le prestazioni integrative/supplementari sono rimborsabili (solo se non erogabili dal S.S.N. – Cod.08.40) e la documentazione di spesa dovrà indicare anche gli estremi identificativi del sanitario che ha prestato le cure.

In casi eccezionali, e di documentata urgenza, il Fondo potrà intervenire con un contributo speciale per prestazioni integrative/ supplementari del tipo sopraccitato [08.41], effettuate presso strutture private, anche se relative a prestazioni erogabili direttamente dal SSN.

Il Fondo interverrà con un contributo speciale per terapie di agopuntura solo se prestate da medici specialisti, muniti di specifica attestazione.

\* \* \*

Le prestazioni per riabilitazione motoria e correttiva e le prestazioni di massaggi terapeutici e riabilitativi sono rimborsabili solo se rese da Terapisti diplomati in scienze della riabilitazione o da altro personale paramedico specificatamente abilitato.

Non sono rimborsabili le spese per massaggi estetici e cure anticellulite, per partecipazione a centri dietetici o per l'educazione corporea, per frequenza di piscine e di palestre (anche se su prescrizione medica)..

Non sono rimborsabili tutte le forme para-terapeutiche, comprese le manipolazioni, prestate nell'ambito delle "medicine alternative" non riconosciute dalla medicina ufficiale (quali, ad esempio, la pranoterapia, cromoterapia, osteopatia, ecc.) ed i generici trattamenti del benessere (quali, ad esempio: soggiorno in centri welfare o dietetici, lettino solare, sauna, sabbie, ecc.), anche se effettuati su prescrizione medica.

Resta in ogni caso esclusa l'assistenza domestica alle persone non autosufficienti negli atti elementari della vita quotidiana, l'effettuazione domiciliare di iniezioni o prelievi diagnostici e la generica assistenza infermieristica.

#### **08.42** - Contributo speciale per psicoterapie/ in regime di libera profess.

Il Fondo potrà intervenire con un contributo speciale per prestazioni psicoterapiche al di fuori di strutture convenzionate con il SSN, purchè nel rispetto delle sottoriportate condizioni.

Il contributo per "psicoterapia" viene erogato solo se le sedute vengono effettuate da specialista laureato in medicina (con specializzaz. in neurologia, neuropsichiatria o psichiatria) oppure da medico o psicologo che al termine di corso quadriennale di specializzazione abbia conseguito titolo ad esercitare la professione di psicoterapeuta\* (ai sensi dell'Art.3 della L.56 del 8/2/1989).

[\*] Il conseguimento della specializzazione di psicoterapeuta deve risultare comprovato da specificata annotazione nell'Albo professionale, conformemente all'Art.50, comma 5 del DPR 328 5/6/2001.

Il Fondo non interverrà a fronte di altre più generiche attività svolte (o svolgibili) da psicologi non psicoterapeuti.

<b>Opzione</b>	<b>2/B1</b>	<b>CONVENZIONATE</b>	<b>08</b>
----------------	-------------	----------------------	-----------

E' sempre necessaria la prescrizione del medico di base o dello specialista a cui è stato rimandato.

<b>08.04</b>	← Prestaz.sanitarie integrative, supplementari, psicoterapie/ ticket SSN		
70%	- della spesa sostenuta e rimasta a carico dell'assistito (tickets) per prestazioni dirette ottenute dal S.S.N.;	← Opzione <b>2/B1</b>	

<b>08.40</b>	← Prestaz.terap.sanit.integrative/ supplementari in libera prof.(non erogab. da SSN)		
50%	- della spesa per spese mediche per prestaz.integrative (o per terapie supplementari sopra previste, ma non erogabili dal S.S.N.) al netto del contributo del S.S.N. o della Regione.	← Opzione <b>2/B1</b>	

<b>08.41</b>	← Contrib.spec. terapie erogabili da SSN, ma effettuate per urgenza presso strutt.private		
50%	- della spesa rimasta a carico dell'assistito per prestazioni ambulatoriali (erogabili dal S.S.N.) ma effettuate per urgenza presso strutture private.	← Opzione <b>2/B1</b>	

<b>08.42</b>	← Contributo speciale psicoterapie/ in libera profess.		
40%	- della spesa rimasta a carico dell'assistito per prestazioni psicoterapeutiche effettuate presso strutture private.	← Opzione <b>2/B1</b>	

Franchigia:

- su singola fattura/ricevuta di spesa a carico dell'assistito per prestazioni godute in regime d'assistenza diretta/ tickets SSN:

[08.04]	€ 5,00	← Opzione <b>2/B1</b>
---------	--------	-----------------------

- su singola fattura/ricevuta di spesa a carico dell'assistito per prestazioni in libera professione:

[08.40]	€ 30,00	← Opzione <b>2/B1</b>
---------	---------	-----------------------

[08.41-42]	€ 40,00	← Opzione <b>2/B1</b>
------------	---------	-----------------------

Massimale annuo per Assistito:

€ 840,00	← Opzione <b>2/B1</b>
----------	-----------------------

Massimale annuo Famiglia:

€ 900,00	← Opzione <b>2/B1</b>
----------	-----------------------

Per le cure specialistiche ambulatoriali o domiciliari necessita la prescrizione del medico di base, o dello specialista al quale l'assistito è stato inviato dal medico stesso (salvo quelle elencate ai punti 09.04, 09.03 e 09.01). La prescrizione deve essere di data non anteriore ad un anno rispetto alle cure.

Le prestazioni integrative/supplementari (per cure fisiche riabilitative, fisioterapia, massoterapia, ecc.) e per psicoterapia rientrano nelle previsioni di cui al punto [08] → Terapie integrative.

Le prestazioni e gli interventi in campo dentario rientrano nelle previsioni di cui al punto [10] → Cure Dentarie.

In conformità all'Art.24 del Regolamento, il concorso spese del Fondo sarà commisurato esclusivamente sulla somma che "DOVREBBE RESTARE A CARICO" dell'assistito; cioè si ha come corrisposto il concorso spese da parte del S.S.N., Ente Mutualistico o Regione, anche nel caso che il Socio non abbia provveduto ad attivarsi nei confronti dell'Ente, presentando le previste domande ed esibendo la richiesta documentazione.

#### **09.02** - Prestaz. sanitarie ambulat. ordinarie/ ticket USL e Centri convenz. SSN

Per le prestazioni sanitarie ambulatoriali eseguite in regime di assistenza diretta, presso strutture del S.S.N., sulle ricevute (ticket) rilasciate dalle U.S.L. dovrà essere sempre obbligatoriamente indicata la tipologia della prestazione goduta.

#### **09.04** - Prestaz. sanitarie di pronto soccorso/ ticket USL e Centri convenz. SSN

#### **09.03** - Medicazioni e piccoli interventi/ Medico di base – extra tickets

La formalizzazione della prescrizione preventiva non è necessaria per le prestazioni aggiuntive (medicazioni e piccoli interventi) effettuate dal medico di base (prestazioni non rientranti nel sistema dei tickets e con obbligo di pagamento diretto da parte dell'assistito).

Resta, in ogni caso, escluso dal rimborso il pagamento di prestazioni non sanitarie (certificazioni, attestazioni, documentazioni amministrative, ecc.).

#### - Day Hospital / prestaz. ambulatoriali in regime libera professione e pronto intervento

**09.10** Sono ricomprese le medicazioni, i piccoli interventi chirurgici e le cure effettuate sotto forma di Day Hospital (Day Surgery o sotto altra forma che non comporti degenza ospedaliera) in regime di libera professione; se per le modalità dell'intervento è prevista la presenza del medico anestesista, anche detto costo risulta rimborsabile.

**09.01** La prescrizione preventiva non è necessaria per i piccoli interventi ambulatoriali eseguiti, a seguito di visita specialistica, da: -otorinolaringoiatri; -oculisti; - medici ostetrici e ginecologi; -pediatri (per fanciulli sotto i 12 anni).

#### **09.39** - Assistenza al parto domiciliare

Le spese per assistenza al parto domiciliare (effettuato da ostetrica abilitata) e le cure sanitarie integrative per assistenza in gravidanza prestate (su prescrizione medica) da personale paramedico abilitato sono rimborsabili (solo se non erogabili dal S.S.N.) e la documentazione di spesa dovrà indicare anche gli estremi dell'abilitazione/patentino (numero, data di rilascio, Ente che lo ha rilasciato).

\* \* \*

Resta in ogni caso esclusa l'effettuazione domiciliare di iniezioni e la generica assistenza infermieristica. Restano pure escluse le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (quali, ad esempio, la pranoterapia, cromoterapia, ecc.) ed i generici trattamenti del benessere (quali, ad esempio: sauna, sabbie, ecc.).

Non sono in ogni caso rimborsabili le spese per massaggi estetici, modellatori ed anticellulite, per frequenza di piscine e di palestre, per partecipazione ad associazioni rieducative (anche se su prescrizione medica). Le prestazioni specifiche per ginnastica riabilitativa e correttiva sono rimborsabili solo se rese da personale paramedico abilitato. ← Vedasi quanto specificato al punto [08] *Terapie integrative, supplementari*.

Non rientrano fra le prestazioni erogabili le pratiche, gli interventi, le analisi ed i prodotti relativi all'aiuto alla procreazione oppure alla sua prevenzione oppure all'accertamento dell'attribuzione della filiazione.

Al di fuori dei tempi dell'intervento chirurgico, non sono rimborsabili le spese di crioconservazione di parti del corpo o di elementi biologici.

<b>Opzione</b>	<b>2/B1</b>	<b>CONVENZIONATE</b>	<b>09</b>
----------------	-------------	----------------------	-----------

**E' sempre necessaria la prescrizione del medico di base o dello specialista a cui è stato rimandato, salvo quanto previsto in Premessa al gruppo 09.**

<b>09.02</b>	← Prestazioni sanitarie ambulator. in assistenza diretta SSN / ticket
<b>09.04</b>	← Prestazioni sanitarie di pronto soccorso/ ticket USL e Centri convenz.SSN.
70%	- della spesa sostenuta e rimasta a carico dell'assistito (tickets) per prestazioni dirette ottenute dal S.S.N.; ← Opzione <b>2/B1</b>

<b>09.03</b>	← Medicazioni e piccoli interv./ Medico di base - extra tickets
50%	- della spesa sostenuta e rimasta a carico dell'assistito per prestazioni aggiuntive (medicazioni e piccoli interventi) effettuate dal medico di base e non rientranti nel sistema dei tickets; ← Opzione <b>2/B1</b>

<b>09.10</b>	← Day Hospital / prestaz.ambulat.libera professione. e pronto intervento
<b>09.01</b>	← Day Hospital / prestaz.ambulat.libera professione [ped/ocul/ginec/otorin.]
<b>09.39</b>	← Assistenza al parto domiciliare
50%	- della spesa per intervento e per cure mediche specialistiche, al netto del contributo del S.S.N. o della Regione. ← Opzione <b>2/B1</b>

Franchigia su singola fattura/ricevuta di spesa a carico dell'assistito per prestazioni godute in regime d'assistenza diretta/ tickets SSN:

[09.02-04] € 5,00 ← Opzione **2/B1**

Franchigia su singola fattura/ricevuta di spesa per assist.parto domicil./ Piccoli interventi effettuati dal medico di base (non rientranti nel sistema dei tickets):

[09.39-03] € 15,00 ← Opzione **2/B1**

Franchigia su singola fattura/ricevuta di spesa a carico dell'assistito per prestazioni in Day Hospital:

[09.01-10] € 25,00 ← Opzione **2/B1**

Massimale annuo per Assistito:

€ 840,00 ← Opzione **2/B1**

Sono riconoscibili da parte del Fondo solo le prestazioni rese da personale medico abilitato (medici odontoiatri); nessun contributo spetta per le prestazioni eseguite da odontotecnici o da generici "centri dentistici" non espressamente autorizzati ad effettuare prestazioni odontoiatriche.

Gli interventi specifici di chirurgia maxillo-facciale non rientrano nelle competenze assegnate all'odontoiatra (Art.2 L.409/1985 Istitutiva della professione sanitaria di odontoiatria), bensì risultano di competenza del chirurgo specialista maxillo-facciale e, pertanto, rientrano nel campo degli interventi chirurgici, di cui al Punto [30] → Interventi chirurgici ospedalieri.

Si invita a voler sempre verificare la regolarità delle fatture rispetto alle norme su **Imposta Bollo**. ← vedere la nota su Norme Fiscali

### **Assistenza DIRETTA** – prestazioni USL e Centri convenz.SSN

Per le prestazioni ambulatoriali fornite in regime di assistenza diretta, sulle ricevute (tickets) rilasciate dalle U.S.L. (o dal medico convenzionato) dovrà essere sempre obbligatoriamente indicata la tipologia specialistica e, sinteticamente, anche la prestazione goduta:

**10.07** - Tickets per prestazioni mediche (con esclusione pertanto degli oneri per forniture di protesi dentarie ed altri presidi stomatologici, rientranti invece nella copertura "ordinaria" garantita dal Fondo per la generalità delle prestazioni dentarie, cioè indicativamente, per le prestazioni più comuni:

- visite mediche;
- estrazioni/otturazioni;
- prestazioni mediche per ortodonzia (sola parte relativa all'intervento del medico);
- sigillature anticarie;
- detartraggi;
- radiografie endorali;
- ortopantografie dell'intera arcata dentaria;
- altre prestazioni mediche dentarie (in regime di assistenza diretta).

**10.06** - Tickets ed eventuali ulteriori oneri di contribuzione a carico dell'assistito per forniture dirette da parte dell'U.S.L. di protesi dentarie ed altri presidi stomatologici (quali: corone, elementi di protesi, perni, ganci, apparecchi ortodontici, ecc; comprese successive ribasature della protesi).

Ai fini della determinazione del massimale di intervento di base è da computare l'eventuale cumulo con le prestazioni erogate in forma indiretta.

### **Assistenza INDIRECTA** – in regime di libera professione

Per le cure eseguite presso "studi medici o poliambulatori" (in regime di libera professione) è necessaria l'indicazione del medico che ha eseguito la prestazione.

Gli esami sanitari (radiografie, analisi ed indagini di laboratorio) effettuate direttamente dal medico specialista in concomitanza con l'intervento odontoiatrico sono rimborsabili nell'ambito del complessivo massimale previsto in campo dentistico.

Ai fini della determinazione del massimale di intervento di base è da computare l'eventuale cumulo con le prestazioni erogate in forma diretta (assoggettando a separato computo i tickets per prestazioni mediche).

\* \* \*

Eventuali acconti, pagati in corso di cura, verranno liquidati in via ordinaria purchè nel contesto della fattura (o in documento integrativo) risultino attestate le prestazioni fatte, in mancanza d'attestazione la fattura d'acconto verrà liquidata a fine anno, all'atto delle chiusure d'esercizio.

La documentazione di spesa va presentata per tempo [\*] e deve indicare in modo analitico le diverse prestazioni effettuate:

Codice Lib.profess.	Tipologia della prestazione odontoiatrica	Codice S.S.N.
<b>10.03</b>	- Visite mediche, diagnostica e piani terapeutici	<b>10.07</b>
<b>10.13</b>	- Radiologia odontoiatrica	
<b>10.23</b>	- Igiene orale ambulatoriale	
<b>10.33</b>	- Chirurgia orale	
<b>10.43</b>	- Parodontologia	
<b>10.53</b>	- Ortodonzia	
<b>10.63</b>	- Interventi conservativi	
<b>10.73</b>	- Endodonzia/ Pulpiti, periodontiti, ecc.	
<b>10.83</b>	- Gnatologia/ Terapie mandibolari	<b>10.06</b>
<b>10.93</b>	- Protesi + Implantologia	

[\*] -L'**Art.27** del Regolamento stabilisce che, in corso d'anno, l'azione per ottenere il sussidio si prescrive nel termine di 6 mesi dalla data dell'evento da cui ha origine il diritto al sussidio stesso e che, inoltre, la liquidabilità di fatture ed altri documenti di spesa rilasciati nell'anno precedente si prescrive entro il mese di Gennaio dell'anno seguente.

<b>10.07</b>	← Cure mediche e diagnostica dentaria/ erogaz.diretta SSN
70%	- della spesa sostenuta e rimasta a carico dell'assistito (tickets) per prestazioni mediche fornite dal S.S.N. ← Opzione <b>2/B1</b>

<b>10.06</b>	← Forniture protesiche (corone, perni, ganci, ecc.)/ direttamente da SSN
30%	- della spesa sostenuta e rimasta a carico dell'assistito (tickets) per forniture di protesi ed altri presidi stomatologici da parte del SSN. ← Opzione <b>2/B1</b>

<b>10.03/-13-23-33-43-53-63-73-83-93</b>	
<b>10._3</b>	← Cure odontoiatriche e protesi/ in libera professione
30%	- della spesa, sostenuta e rimasta a carico assistito, per cure dentarie, stomatol.,ortodont. e protesi, come per ogni qualsiasi altro intervento di odontoiatria in regime di libera profess. ← Opzione <b>2/B1</b>

Franchigia sulla spesa a carico dell'assistito per le prestazioni mediche [10.07] godute in regime di tickets:

[10.07] € 10,00 ← Opzione **2/B1**

In ogni altro caso franchigia, a carico dell'assistito per ogni fattura\* documentativa di spesa presentata:

	Opzione <b>2/B1</b>
[10.23] Igiene orale ambulat.	€ 40,00
-tutte le altre prestazioni	€ 50,00
[10.83-10.93]Protesi, Impl.Gnat.	€ 100,00

\*-in caso di prestazioni plurime, si applica sempre la franchigia superiore

-il cumulo di franchigie su un'unica richiesta di rimborso per cure SSN e Intra Moenia su un medesimo dente (fatturate separatamente esclusivamente per esigenze amministrative del SSN) viene applicato fino ad un massimo di 3 volte la franchigia più alta applicabile.

Massimale annuo per Assistito:  
€ 2.070,00 ← Opzione **2/B1**

Massimale annuo Famiglia:  
€ 2.500,00 ← Opzione **2/B1**

Premessa:

- nel campo dei medicinali, il Focas interviene unicamente sulla spesa per medicinali prescritti dal medico di base in via esclusiva, salvo pediatri, oculisti, odontoiatri, ostetrici, ginecologi, otorinolaringoiatri, ai quali l'assistito si sia rivolto direttamente o da altri specialisti ai quali sia stato espressamente inviato dal medico curante.

Fermo restando che il Fo.C.A.S. opera, ottemperando con la massima riservatezza, nel pieno rispetto delle normative sulla privacy (legge 675/1996 e successivo D.Legs. n.196 del 30 giugno 2003, più conosciuto come "Codice in materia di protezione dei dati personali"), si fa presente che il Fondo non darà, in ogni caso, corso al rimborso di spese che non siano direttamente ed inequivocabilmente riconducibili ad un suo assistito, come risultante dalla Lista degli assistiti del Fondo stesso.

Si ricorda che in applicazione dell'Art.15, comma 1, lettera c) del TUIR [modificato dalla L.27/12/06 n.296] sono fiscalmente detraibili dal 1 luglio 2007 solo le spese per medicinali munite di "scontrino parlante", cioè "contenente la specificazione della natura, qualità e quantità dei beni e l'indicazione del codice fiscale del paziente".

Si ricorda, infine, che in relazione alla prevista graduale introduzione, a far tempo dal 1 gennaio 2013 della ricetta elettronica (in applicazione dell'Art.13 del D.Min.Economia del 02/11/11 "Dematerializzazione della ricetta medica") il Fondo ha deciso di trattare unitariamente tutta la spesa per medicinali (purchè debitamente prescritti dal medico curante) applicando criteri unitari di rimborso.

### **20.30** - Medicinali

Sono rimborsabili i medicinali indicati (nel Prontuario Farmaceut.Naz.) come "farmaci" [Cod.MinSan A0...] per cui è obbligatoria la prescrizione medica e, pertanto, risultano esclusi:

- i prodotti igienici e per cosmesi;
- i prodotti dietetici od alimentari di qualsiasi genere (salvo quanto, più sotto, previsto ai punti [20.60/1] ← per neonati e fanciulli affetti da dismetabolismi);
- i prodotti galenici e i prodotti omeopatici;
- i cosiddetti "parafarmaci" [Cod.MinSan A9...], cioè le specialità "da banco" (O.T.C.) ed i prodotti farmaceutici vendibili senza obbligo di prescrizione (S.O.P.);
- e tutti i prodotti raggruppati sotto la voce "varie" dell'Informatore Farmaceutico (ad esempio: bende, cerotti, garze, calze elastiche, disinfettanti, materiali per medicazioni, siringhe, dentifrici, ecc.);
- farmaci per uso veterinario.

### **20.40** - Vaccini

Per agevolare l'opera di prevenzione e profilassi viene erogato un contributo per vaccini antiallergici e per altre vaccinazioni prescritte dal medico di base (o da specialista a cui sia stato inviato dal medico curante) e non erogabili dal S.S.N.

<b>20.30</b>	← Medicinali [fascia A-B- C]
<b>20.40</b>	← Vaccini
45%	- della spesa sostenuta per medicinali, individuati come "farmaci" [ Cod.MinSan A0...] per cui è <u>obbligatoria</u> la prescrizione medica ← Opzione <b>2/B1</b>

Franchigia per ogni scontrino di medicinali:

[20.30-40]

€ 9,00 ← Opzione **2/B1**

La franchigia-base va calcolata per ogni scontrino emesso dalla farmacia e per ogni assistito destinatario dei medicinali.

Massimale annuo per Assistito:

€ 780,00 ← Opzione **2/B1**

**20.60** - Contributo per svezzamento

L'erogazione del contributo per svezzamento di neonati, dovrà essere richiesto dal Socio al compimento del terzo mese d'età del bambino.

La prestazione è erogabile solo a favore dei bambini iscritti nella Lista degli assistiti fin dalla nascita. ← (La nascita è da comunicare in segreteria entro 60 giorni per poterli iscrivere sin dalla nascita art.12 Regolamento).

La richiesta non è procedibile dopo il compimento dell'anno d'età del bambino.

<b>20.60</b>	<i>da rapportare al singolo bambino [extra massimale Medicinali]</i>	
€ 155,00	- contributo svezzamento al compimento del 3 mese d'età del bambino, purché iscritto fin dalla nascita nella Lista degli assistiti	← Opzione <b>2/B1</b>

**20.61** - Contributo per dismetabolismi alimentari di fanciulli

Il contributo annuale a favore dei fanciulli affetti da malattie dismetaboliche alimentari ha lo scopo di migliorare la gamma degli apporti alimentari ai fanciulli in fase di crescita e, pertanto, la sua erogazione è prevista a favore esclusivamente di fanciulli di età inferiore ai 12 anni.

E' necessario che il permanere dello stato di dismetabolismo venga annualmente certificato con attestazione del SSN, in cui venga precisato, in caso di celiachia, l'avvenuta presentazione di domanda di erogazione gratuita di prodotti dietetici, nel limite per classi d'età (attualmente, con tetto mensile da € 45,00 ad € 99,00, come previsto dal D.M. 4.5.06).

L'erogazione del contributo del Fondo potrà avvenire con cadenza periodica annuale (o semestrale) sulla base di dettagliata documentazione di spesa, relativa a specifici alimenti per il dismetabolismo del fanciullo assistito.

<b>20.61</b>	<i>da rapportare al singolo fanciullo [extra massimale Medicinali]</i>	
	- Contributo per l'acquisto di alimenti speciali per fanciulli (di età inferiore a 12 anni) affetti da dismetabolismi alimentari:	
50%	- fino al massimo annuo di € 130,00	← Opzione <b>2/B1</b>

Si invita a voler sempre verificare la regolarità delle fatture rispetto alle norme su **Imposta Bollo**. ← vedere Nota a Premesse

**25.01** - Cure effettuate su autorizzazione del SSN

Le cure devono corrispondere alla prescrizione rilasciata dallo specialista del SSN che le ha autorizzate.

- Cure effettuate senza autorizzazione del SSN

Le cure devono corrispondere alla prescrizione rilasciata dallo specialista del SSN che le ha autorizzate.

**25.02** Le cure possono anche risultare prescritte da medici specialisti, operanti in regime di libera professione.

**25.03** Nel caso che le cure vengano effettuate entro 12 mesi da intervento chirurgico e siano a questo direttamente connesse (come documentato con attestazione medica) il Fondo potrà intervenire con un maggior contributo.

\* \* \*

Le cure risultano rimborsabili solo se effettuate presso Centri Termali autorizzati - Legge 323/2000 sul Riordino del settore termale – e se la loro erogazione ha luogo con le modalità e nell'ambito dei limiti ivi previsti.

E' sempre necessario documentare l'avvenuta effettuazione delle cure.

Costituiscono cure termali i trattamenti sanitari finalizzati alla tutela globale della salute nelle fasi della prevenzione, della terapia e della riabilitazione delle specifiche patologie indicate dalla citata L.323/2000, e pertanto non costituiscono cure termali le cure generiche del benessere, del rilassamento e le cure estetiche o dietetiche (“beauty farm”) anche se svolte presso Centri termali, per le quali cure peraltro la sopraccitata legge prescrive che debbano svolgersi in locali separati rispetto alle cure termali vere e proprie (Art.3, Comma 2).

\* \* \*

Non rientrano, quindi, nella categoria delle cure termali:

- i trattamenti del tipo “wellness center” (quali i fanghi cosmetici, la sauna, il bagno turco, i massaggi estetici [anticellulite, ecc.], i bagni alle erbe e/o ai fiori aromatici, l'ozonoterapia e l'ossigenoterapia estetica, il lettino solare, l'applicazione di lampade e prodotti abbronzanti, e tutti gli altri trattamenti del benessere), anche se effettuati su prescrizione medica;
- le cosiddette cure idropiniche domiciliari, effettuate mediante l'utilizzo casalingo di bottiglie di acqua minerale di qualsiasi tipo, anche se su consiglio o prescrizione medica;
- l'applicazione, somministrazione e le cure dietetiche a base di cosiddetti prodotti eubiotici (quali, gemme, frutta, yogurt, ecc.), anche se effettuate su prescrizione medica;
- i generici trattamenti del benessere e di vita sana (quali, ad esempio, l'esposizione al sole, i bagni in acqua di mare, le sabbiature, ecc.), anche se effettuati su prescrizione medica.

<b>Opzione</b>	<b>2/B1</b>	<b>CONVENZIONATE</b>	<b>25</b>
----------------	-------------	----------------------	-----------

<b>25.01</b>	← Cure autorizzate dal SSN
50%	- della spesa sostenuta e rimasta a carico dell'assistito per prestazioni sanitarie effettuate presso Centro termale, su autorizzazione del SSN; ← Opzione <b>2/B1</b>

<b>25.02</b>	← Cure prescritte da medico specialista, in libera professione/ “normali”
20%	- della spesa sostenuta e rimasta a carico dell'assistito per prestazioni sanitarie effettuate presso Centro termale, su prescrizione di medico specialista, ma non autorizzate dal S.S.N.; ← Opzione <b>2/B1</b>

<b>25.03</b>	← Cure prescritte da medico specialista, in libera professione/ post interv.chir.
50%	- nel caso di cure direttamente connesse ad intervento chirurgico effettuato nei 12 mesi precedenti; ← Opzione <b>2/B1</b>

Franchigia su singola fattura/ricevuta di spesa a carico dell'assistito per prestazioni godute in regime d'assistenza diretta/ tickets SSN:

[25.01] € 10,00 ← Opzione **2/B1**

Franchigia, in ogni altro caso, su singola fattura/ricevuta di spesa rimasta a carico dell'assistito:

[25.02-03] € 20,00 ← Opzione **2/B1**

Massimale annuo per Assistito:

(cure normali) € 65,00 ← Opzione **2/B1**

(post interv.chirurg.) € 124,00 ← Opzione **2/B1**

E' ammesso al contributo 1 solo periodo di cura per anno.

Al di fuori della specifica copertura per interventi chirurgici “maggiori” classificati come “Grandi Rischi” (vedasi la Tab.-Alleg. C/1 delle Prestaz.Speciali), per tutte le altre tipologie di intervento chirurgico è prevista l'erogazione di un apposito contributo a fronte di tutte le spese per cure e trattamenti chirurgici direttamente connessi all'intervento stesso (onorario del chirurgo, dell'assistente e dell'anestesista, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento).

Si ricorda che – ad integrazione dei contributi spese qui sotto riportati - per tutto il periodo di degenza ospedaliera (compresi i periodi precedenti e susseguenti all'intervento chirurgico) risulta operativa anche la copertura integrativa per “Ricovero Ospedaliero” che prevede (a prescindere dalla presentazione di specifica documentazione di spesa) l'erogazione di una Diaria di importo variabile, secondo il livello d'assistenza scelto dal Socio (vedasi quanto specificato al **Cod.31** delle Prestazioni Speciali).

- Intervento chirurgico presso Ospedale convenzionato con SSN

a) **30.01 - Onorari del chirurgo**

**30.03 - Onorari dell'anestesista e costo sala operatoria**

Se il ricovero avviene in assistenza diretta presso Ospedali e Case di Cura convenzionate SSN, il Fondo interviene per l'eventuale contributo integrativo chiesto all'assistito in caso di scelta del chirurgo di fiducia e per la spesa comunque rimasta a carico dell'assistito per altri onorari di chirurghi ed anestesisti e per rimborso di costi di sala operatoria.

- Intervento chirurgico presso strutture private non convenzionate SSN

b) **30.21 - Onorari del chirurgo**

**30.23 - Onorari dell'anestesista e costo sala operatoria**

Se il ricovero avviene in regime di assistenza indiretta presso CASE DI CURA PRIVATE (N.B. il ricovero deve essere preventivamente autorizzato dal S.S.N.; solo nei casi di urgenza l'autorizzazione può essere chiesta a posteriori) questo comporta, dopo presentazione all'U.S.L. della documentazione di spesa rilasciata dalla Casa di cura, l'emissione a cura dell'U.S.L. stessa di un "prospetto di liquidazione" nel quale risulta l'entità del rimborso dell'U.S.L. medesima.

Il Fondo interviene esclusivamente sulla quota di spesa rimasta a carico dell'assistito per onorari di chirurgo, di anestesista e per rimborso di costi di sala operatoria.

\* \* \*

La documentazione da inoltrare al Fondo è:

per caso a) - ricovero presso Ospedali e Case di Cura convenzionate:

- fattura dell'Ospedale/Casa di Cura;

per caso b) - ricovero presso Case di Cura private:

- copia fotostatica dell'autorizzazione U.S.L. al ricovero e delle eventuali proroghe;

- copia di tutta la documentazione di spesa presentata all'U.S.L.;

- copia del prospetto di liquidazione rilasciato dall'U.S.L.

Si invita a voler sempre verificare la regolarità delle fatture rispetto alle norme su **Imposta Bollo**. ← vedere Nota a Premesse

\* \* \*

Il Fondo interviene sulla quota rimasta a carico dell'assistito, esclusi in ogni caso le cure e gli interventi odontoiatrici, separatamente regolati al punto [10] → *Cure Dentarie*.

Si ricorda che, a sensi dell'Art.24 del Regolamento del Fondo, viene considerato come percepito il rimborso spese da parte del S.S.N. anche quando questo non sia accordabile per inadempienza dell'assistito nel documentare tempestivamente la richiesta presso le competenti autorità sanitarie.

Gli interventi chirurgici effettuati sotto forma di Day Ospital (o sotto altra forma che non comporti degenza ospedaliera) anche se, per le modalità dell'intervento chirurgico, sia comunque prevista la presenza del medico anestesista; sono sempre e comunque liquidati nell'ambito della previsione di cui al punto [09] → *Prestazioni ambulatoriali*.

\* \* \*

Si ricorda che la copertura speciale per Grandi Rischi risulta onnicomprensiva e che, pertanto, la classificazione dell'intervento chirurgico come “intervento maggiore” esclude qualsiasi altra forma di rimborso aggiuntivo od integrativo.

<b>Opzione</b>	<b>2/B1</b>	<b>CONVENZIONATE</b>	<b>30</b>
----------------	-------------	----------------------	-----------

A queste prestazioni si aggiunge la prestaz.spec. di Diaria per *Ricov.Ospedal.*

<b>30.01</b>	← Onorari per chirurgo/ prestazioni da Ospedali convenz.SSN
<b>30.03</b>	← Onorari per anestesista e costo sala operat./ prestazioni da Ospedali convenz.SSN
50%	- della spesa per onorari di chirurghi, per onorari di anestesista e per rimborso costi di sala operatoria, al netto dei rimborsi comunque erogabili dal S.S.N. in relazione al ricovero stesso. ← Opzione <b>2/B1</b>

<b>30.21</b>	← Onorari per chirurgo/ prestazioni da Cliniche private
<b>30.23</b>	← Onorari per anestesista e costo sala operat./ prestazioni da Cliniche private
50%	- della spesa per onorari di chirurghi, per onorari di anestesista e per rimborso costi di sala operatoria, al netto dei rimborsi comunque erogabili dal S.S.N. in relazione al ricovero stesso. ← Opzione <b>2/B1</b>

Franchigia sulla spesa a carico dell'assistito per le prestazioni godute in regime di assistenza diretta o convenzionata con il S.S.N.:

[30.01-03] € 50,00 ← Opzione **2/B1**

Franchigia, in ogni altro caso, per prestazioni extra convenzione SSN, da calcolare unitariamente sul complesso dei costi sostenuti dal Socio per il singolo intervento:

[30.21-23] € 100,00 ← Opzione **2/B1**

Massimale annuo per Assistito:

€ 950,00 ← Opzione **2/B1**

## - Occhiali da vista

La fornitura di occhiali da vista deve avvenire su prescrizione del medico oculista od anche a seguito di misurazione dei vizi di rifrazione a cura di ottico-optometrista specializzato, salvo ovviamente il caso della semplice sostituzione della montatura per rottura.

La prescrizione oculistica (con precisazione del valore del deficit visivo: - diottrie, astigmatismo, ecc.) non deve essere anteriore di oltre 2 anni, rispetto alla data di fornitura o di sostituzione dell'occhiale. Copia della prescrizione deve essere allegata ad ogni richiesta di rimborso.

Si ricorda che in applicazione del D.Lgs. n.37 del 25.01.2010 (che ha dato esecuzione della Dirett.Europea n.47 del 2007) è fatto obbligo all'ottico che esegue la prestazione di rilasciare apposita "Dichiarazione di conformità", che debitamente sottoscritta anche dal cliente, dovrà essere conservata, in copia, dall'ottico per la durata di 5 anni. ←[Se completa del visus e del nome dell'Oculista/ Optometrista può essere utilizzata in alternativa alla copia della prescrizione oculistica]

\* \* \*

La prestazione della fornitura completa di occhiali non è annualmente ripetibile, salvo il caso di documentata variazione del visus in entrambi gli occhi.

Nell'anno vi può essere richiesta di sostituzione delle lenti o della montatura per loro rottura

Per le richieste di contemporanea fornitura di più occhiali (per differenti condizioni di loro separato utilizzo) la franchigia base va applicata su ogni singolo occhiale.

La spesa deve risultare documentata mediante fattura (o ricevuta fiscale)<sup>[\*]</sup>, portante l'indicazione delle prestazioni fornite, precisando distintamente: - l'importo della montatura e delle lenti.

[\*] – *la semplice emissione di scontrino, anche se con Cod.fiscale, non è documento di per sé sufficiente ad identificare l'esatta fornitura di occhiale da vista (o la tipologia di lenti a contatto fornite).*

## - Lenti a contatto

La fornitura di lenti a contatto (o corneali) deve avvenire su prescrizione del medico oculista od anche a seguito di misurazione dei vizi di rifrazione a cura di ottico-optometrista specializzato (purchè detta misurazione del visus sia effettuata sulla base di precedente certificazione di medico oculista, avente validità quadriennale, che attesti la non sussistenza di patologie che sconsiglino detta applicazione[§] ).

[§] –Artt.3 e 5 Testo Unificato della Camera(19/05/05) su professione Ottico optometrista.

La rimborsabilità della spesa per lenti a contatto non si estende alle dotazioni integrative (quali ad esempio: separatori, porta-lenti, liquidi di manutenzione, ecc.) ed a tutti gli altri prodotti raggruppati sotto la voce "varie" dell'Informatore Farmaceutico.

La prescrizione oculistica (con precisazione del valore del deficit visivo: - diottrie, astigmatismo, ecc.) non deve essere anteriore di oltre 2 anni, rispetto alla data di fornitura delle lenti a contatto. Copia della prescrizione deve essere allegata ad ogni richiesta di rimborso.

\* \* \*

Si ricorda che nell'elenco delle prestazioni erogabili direttamente dal SSN (Art.2 del DM 332 del 28/08/99 "Nomenclatore Tariffario") è prevista anche la fornitura a carico del SSN di occhiali ad ipovedenti ed ai minori di 18 anni che necessitano di intervento di prevenzione.

Comunque - in deroga al principio che nel campo delle protesi (vedasi il capitolo su Presidi Terapeutici Sanitari) il Fondo interverrà solo su quanto non erogabile dal SSN - nel campo degli ausili alla vista il Focas non terrà alcun conto, anche ai fini del computo, di quanto nel frattempo venisse erogato dal SSN.

<b>Opzione</b>	<b>2/B1</b>	<b>CONVENZIONATE</b>	<b>40</b>
----------------	-------------	----------------------	-----------

## Occhiali

<b>40.01</b>	← (In caso di fornitura di occhiali)
60%	- della spesa sostenuta e rimasta a carico [§] dell'assistito, con un massimo di: € 270 ← Opzione 2/B1

<b>40.02</b>	← (Sostituzione di lenti per un cambiamento del "Visus" o per rottura delle stesse)
60%	- della spesa sostenuta e rimasta a carico, con massimo per lente di: € 90 ← Opzione 2/B1

<b>40.03</b>	← (Nel caso di sostituzione della montatura per rottura)
60%	- della spesa sostenuta e rimasta a carico, con massimo di: € 95 ← Opzione 2/B1

Franchigia a carico dell'assistito, per occhiale completo:

[40.01] € 40,00 ← Opzione 2/B1

Franchigia per sostituz.parz.sola montatura o su singole lenti di occhiale\*:

[40.02 + 40.03] € 20,00 ← Opzione 2/B1

\*[la franchigia ridotta verrà applicata su ogni singola lente.]

## Lenti a contatto (o corneali)

<b>40.05</b>	← (Lenti a contatto - annuali)
50%	- della spesa rimasta a carico dell'assistito, con un massimale di € 50,00 per singola lente in caso di fornitura di lenti a contatto annuali, sia di tipo rigido che morbido. ← Opzione 2/B1

<b>40.04</b>	← (Lenti a contatto – usa e getta)	[prestazione esclusa per opz.1/D, 2/ E]
50%	- della spesa rimasta a carico dell'assistito, con un massimale di € 50,00 calcolato sulla fornitura equivalente-mese in caso di fornitura di lenti “usa e getta” (giornaliere, settimanali o mensili). ← Opzione 2/B1	

Franchigia per singole lenti contatto annuali\*:

[40.05] € 20,00 ← Opzione 2/B1

\*[ la franchigia ridotta verrà applicata su ogni singola lente. ]

Franchigia a carico dell'assistito, su lenti a contatto “usa e getta”\*:

[40.04] € 25,00 ← Opzione 2/B1

\*[In caso di fornitura di lenti a contatto “usa e getta” (giornaliere, settimanali o mensili) la franchigia verrà applicata con riferimento alla fornitura equivalente-mese e, comunque, su ogni singola richiesta di rimborso.]

Massimale annuo per Assistito:

€ 340,00 ← Opzione 2/B1

Massimale annuale per famiglia:

€ 350,00 ← Opzione 2/B1

E' sempre necessaria la prescrizione da parte di medico specialista e la dichiarazione ULSS.

Si ricorda che, nel campo dei presidi sanitari, l'intervento del Focas ha carattere integrativo rispetto a quanto garantito dal SSN o che risulti comunque fornibile o rimborsabile dal SSN (allegare alla domanda la documentazione rilasciata da ULSS). Pertanto, **il Focas interverrà in via ordinaria solo ad integrazione e per quanto non erogabile dal SSN e la non erogabilità da parte del SSN dovrà essere documentata con dichiarazione rilasciata dall'USL competente.**

Nel caso di eventi o condizioni di salute comportanti una invalidità temporanea, potrà essere erogato un contributo anche per il noleggio a tempo (affitto) di presidi terapeutici.

\* \* \*

I contributi per presidi terapeutici sono erogabili nei seguenti comparti:

### **Ausili funzionali rispetto alla mobilità e deambulazione ed all'integrità del corpo**

#### **50.01-51** - Protesi ortopediche, tutori di contenimento e di complemento

- protesi di arti ed articolazioni, in caso di amputazioni o resezioni anche parziali;
- protesi e presidi ortopedici di compenso ad arti;
- estensori per fratture o cedimenti vertebrali; cinti erniari e simili;
- protesi mammarie in caso di mastectomia;
- protesi oculari.

Sono esclusi i cosiddetti ausili "adiuvanti", quali: -le calzature di calzabilità adattata o con semplice plantare, le ginocchiere, cavaliere e polsiere, la corsetteria in genere, le calze elastiche ed i busti "estetico formativi", ecc. (anche se su prescrizione medica).

#### **50.05-55** - Ausili alla mobilità

- stampelle, deambulatori, sedie "da comoda" semplici o attrezzate, carrozzelle per invalidi, antidecubito per lungo-degenti; attrezzature solleva-malato e stabilizzatori verticali.

Sono escluse le attrezzature destinate al miglior riposo dell'assistito (quali: -materassi ortopedici, letti "a doghe", poltrone rilassanti, ecc.) e le attrezzature ginniche e per l'esercizio motorio (cyclette, ecc.), anche se su prescrizione medica.

L'intervento del Fondo non si estende ai veicoli destinati alla circolazione nella normale sede stradale, anche se con adattamenti all'invalidità. Sono parimenti escluse le opere murarie e gli interventi edilizi, quali ad esempio: la ristrutturazione di locali, l'installazione di ascensori, di elevatori a cabina o montascale, anche se realizzati con specifica destinazione.

### **Ausili funzionali rispetto alla vita di relazione**

#### **50.10-60** - Ausili all'udito

- apparecchi acustici retroauricolari, endoauricolari, ecc;

#### **50.12-62** - Ausili alla respirazione e fonazione

- protesi respiratorie ed altri supporti per tetraplegici (paraplegici e simili infermità), apparecchi di ventilazione per i casi di ostruzione respiratoria;
- apparecchi laringofoni ed altri strumenti di fonazione.

Sono esclusi gli apparecchi aerosol e i misuratori di pressione.

\* \* \*

Tutti i sopra citati contributi hanno destinazione specifica e non possono trovare estensione ad altri comparti non elencati.

Le protesi dentali e gli altri interventi di odontoiatria, rientrano nelle "Cure dentarie" → [10], a cui si fa rimando.

Non saranno accolte in via ordinaria le richieste di contributo per acquisto di presidi terapeutico-sanitari erogabili gratuitamente da parte del SSN; del pari verrà considerato come percepito l'eventuale rimborso spese (integrale o parziale) da parte del SSN, anche quando questo non venga accordato per inadempimento dell'assistito nel documentare tempestivamente la richiesta presso l'autorità sanitaria. In questi casi il Socio potrà presentare motivata richiesta al Presidente di essere ammesso all'erogazione di un contributo nella misura ridotta (Cod.50/51-55-60-62).

<b>Opzione</b>	<b>2/B1</b>	<b>CONVENZIONATE</b>	<b>50</b>
----------------	-------------	----------------------	-----------

Contributo ordinario per Acquisto o noleggio di presidi terapeutici autorizzati/ convalidati SSN:

<b>50.01</b>	← Protesi ortopediche
<b>50.05</b>	← Ausili alla mobilità
<b>50.10</b>	← Ausili all'udito
<b>50.12</b>	← Ausili alla respirazione e fonazione
<b>70%</b>	- della spesa rimasta a carico dell'assistito (al netto del contributo erogato dal S.S.N.) ← Opzione <b>2/B1</b>

Contributo per presidi terapeut.acq./nolo direttamente dal Socio senza documentaz.SSN:

<b>50.51</b>	← Protesi ortopediche
<b>50.55</b>	← Ausili alla mobilità
<b>50.60</b>	← Ausili all'udito
<b>50.62</b>	← Ausili alla respirazione e fonazione
<b>40%</b>	- della spesa sostenuta dall'assistito ← Opzione <b>2/B1</b>

Franchigia a carico dell'assistito, su ogni richiesta di rimborso presentata (esclusi supporti riabilitaz.):

[50.01-05-10-12-51-55-60-62] € 40,00 ← Opzione **2/B1**

Massimale annuo per Assistito:

€ 940,00 ← Opzione **2/B1**

Per la medesima causale la prestazione non è annualmente ripetibile

**60.04** - Check Up per i dipendenti/esodati

Hanno diritto al check-up:

- i dipendenti / esodati di età inferiore ai 55 anni è attivabile un check-up annuale
- i dipendenti/ esodati di età uguale e superiore ai 55 ai è prevista la possibilità di check -up semestrali

Il Focas rimborserà la spesa fino a un massimo di 170,00.

<b>60.04</b>	← Check Up per i dipendenti/esodati
--------------	-------------------------------------

<i>100%</i>	- della spesa rimasta a carico dell'assistito fino al massimale sotto indicato ← <b>Opzione 2/B1</b>
-------------	---

Franchigia:

[60.04]	€ 0,00	←	<b>Opzione 2/B1</b>
---------	--------	---	---------------------

Massimale usufruibile annualmente per dipendenti/esodati

€ 170,00	←	<b>Opzione 2/B1</b>
----------	---	---------------------

**60****CHECK UP in regime di libera professione/ ordinario per familiari****60.01** - Check Up in regime di libera professione/ ordinario per familiari

Nell'intento di favorire l'affermarsi di un concetto di medicina preventiva, particolarmente importante nelle classi di età "centrali", sono stati introdotti ulteriori incentivi per agevolare la prassi di sottoporsi, per chi ha superato i 40 anni di età, su richiesta del medico curante ad una serie mirata di esami di esplorazione diagnostica preventiva (Check-Up):

- il massimale erogabile viene elevato nel caso che il Check-Up comprenda anche l'esame di elettrocardiografia dinamica.

**60.01** ← Check Up in libera professione/ ordinario per familiari

**30%** - della spesa rimasta a carico dell'assistito (al netto del contributo erogato dal S.S.N.)  
← Opzione **2/B1**

[60.01] € 10,00 ← Opzione **2/B1**

Massimale annuo per Assistito:

[§] € 80,00 ← Opzione **2/B1**

[§] aumentabili a € 104,00 nel caso che il Check Up comprenda anche l'esame di elettrocardiografia dinamica.

La prestazione non è annualmente ripetibile

Copertura standard AUTOMATICA

## Misura dei massimali e condizioni operative applicate dal 01/01/2019

Opzione 2/B1 copertura del rischio fino a € 70.000,00 si applica a tutti gli iscritti nella Lista degli assistiti

Alla copertura dei Grandi Rischi per interventi chirurgici il Fondo potrà provvedere direttamente, mediante apposita gestione, oppure provvederà a stipulare, di anno in anno, una polizza assicurativa con primaria Compagnia, con massimali ed eventuali diarie variabili per tipologia d'assistenza.

Le principali caratteristiche delle coperture attualmente in essere sono le seguenti:

- massimali di copertura rischio fino a € 70.000,00, con liquidabilità del sinistro a **più di lista**;
- oppure, nel caso che l'assistito benefici totalmente delle prestazioni erogate dal S.S.N., è possibile richiedere l'erogazione di una **diaria giornaliera sostitutiva**;

### Capitali assicurati e Misura in vigore della Diaria giornaliera sostitutiva:

<b>- in caso di trapianto d'organi</b>			<b>Codice=T</b>
€ 165,00	Per copertura-base con capitale di:	€ 70.000	
<b>- in caso d'intervento con onorar.tariffario chirurgo ≥ € 1.291,14 = L.2,5/Mil. [DPR/92]</b>			<b>Codice=1</b>
€ 130,00	Per copertura-base con capitale di:	€ 70.000	
<b>- in caso d'intervento con onorar.tariffario chirurgo ≥ € 1.032,91 = L.2,0/Mil. [DPR/92]</b>			<b>Codice=2</b>
€ 120,00	Per copertura-base con capitale di:	€ 70.000	
<b>- in caso d'intervento con onorar.tariffario chirurgo ≥ € 774,69 = L.1,5/Mil. [DPR/92]</b>			<b>Codice=3</b>
€ 85,00	Per copertura-base con capitale di:	€ 70.000	

- periodo massimo di eventuale diaria sostitutiva:

nell'ambito degli assistiti da ogni singola copertura, è possibile la richiesta di liquidazione di una diaria sostitutiva per ogni giornata di ricovero [le giornate sono computabili solo se vi è corrispondente pernottamento], fino ad un massimo per l'intera famiglia di 120 giorni per anno assicurativo e di 60 giorni per persona all'anno e per singolo evento.

In tal modo l'assistito verrà adeguatamente sovvenuto anche nel caso che tutte le spese risultino a carico del SSN (o di altro ente) e l'assistito potrà liberamente disporre di detta diaria per il sostenimento di spese personali connesse all'effettuazione di cure riabilitative e di convalescenza, oppure per le necessità personali o della famiglia, secondo le sue individuali scelte.

- oggetto della copertura assistenziale:

**tutte le prestazioni di "alta chirurgia"**, come identificate nel D.P.R.17 febbraio 1992 \*:

[Cod.1]-\* per "alta chirurgia" si intendono gli interventi chirurgici (**99 tipologie**) per i quali la tariffa sopraccitata contempla un onorario per il chirurgo operatore non inferiore a Lire 2.500.000. (€ 1.291,14).

*La misura dell'onorario tariffario vale unicamente ai fini dell'identificazione degli interventi assistibili in copertura assicurativa, mentre ai fini della liquidazione delle prestazioni garantite si fa riferimento alle spese effettivamente sostenute.*

a cui si aggiungono, per gli assistiti Focas, le seguenti **prestazioni allargate**:

[Cod.2]- tutte le ulteriori prestazioni (95 tipologie) di costo tariffario da L.2.000.000 (€ 1.032,91) in su, come

identificate nel D.P.R.17 febbraio '92 e come riportate nella Tab.Tipologie di Interventi, allegata alla fine del presente capitolo;

[Cod.T]- le principali tipologie di trapianti (Tr=5 **tipologie\***), come riportate nella Tab.Tipologie di Interventi, allegata alla fine del presente capitolo; ← \* da 01/01/05 la copertura è estesa a **tutti i Trapianti d'organo (T)**.

[Cod.3]- tutte le ulteriori prestazioni (**112 tipologie**) di costo tariffario da **L.1.500.000** (€ 774,69) in su, come identificate nel D.P.R. 17 febbraio 1992.

**- prestazioni previste:**

tutte le spese connesse ad interventi chirurgici costituenti Grande Rischio, come riepilogati nella Tabella delle prestazioni previste (Allegato C/1):

- onorari del chirurgo, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- i diritti di sala operatoria ed il materiale d'intervento;
- l'assistenza medica, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e gli esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- il rimborso spese si estende anche alle rette di degenza, con un concorso spese fino ad un massimo di € **1.500** per singolo evento.

L'intervento specifico per "trasporto dell'assistito in autoambulanza presso l'Istituto di cura" prevede un concorso spese fino ad € **517,00**.

**- franchigia a carico del Socio:**

-la misura delle franchigie a carico dell'assistito viene rapportata in funzione del regime in cui viene effettuato l'intervento e in modo inversamente proporzionale alla gravità dell'intervento chirurgico - a cui l'assistito si sottopone (secondo la classificazione ufficiale fissata dal D.P.R.17 febbraio '92) - in modo da differenziare l'intervento del Focas a favore dei rischi maggiori, secondo le seguenti Tabelle:

**Tab.Franchigie / x fasce di rischio dell'intervento chirurgico**

<b>regime diretto SSN</b>	Primo scaglione	Secondo scaglione	Terzo scaglione
Trapianti – Cod.T	10%	12%	14%
Int.chir.- Cod. 1	12%	15%	17%
Int.chir.- Cod. 2	14%	20%	25%
Int.chir.- Cod. 3	15%	25%	30%

€ 500,00

← minimale franchigia per ogni sinistro

<b>regime convenzionato</b>	Primo scaglione	Secondo scaglione	Terzo scaglione
Trapianti – Cod.T	10%	13%	15%
Int.chir.- Cod. 1	15%	15%	17%
Int.chir.- Cod. 2	15%	20%	25%
Int.chir.- Cod. 3	20%	25%	30%

€ 750,00

← minimale franchigia per ogni sinistro

<b>regime privatistico</b>	Primo scaglione	Secondo scaglione	Terzo scaglione
Trapianti – Cod.T	10%	15%	15%
Int.chir.- Cod. 1	20%	25%	25%
Int.chir.- Cod. 2	30%	35%	40%
Int.chir.- Cod. 3	35%	40%	45%

€ 1.000,00 ← minimale franchigia per ogni sinistro

### Tabella Scaglioni di spesa

<b>Massimale Grandi Rischi</b>	Primo scaglione	Secondo scaglione	Terzo scaglione
€ 70.000	fino a € 8.000	da € 8.001 a € 15.000	oltre € 15.000

- N.B. Non si applica alcuna franchigia nel caso di richiesta di diaria sostitutiva.

#### - persone assistite:

La copertura è prevista a favore del Socio (e del suo gruppo familiare-base<sup>[\*]</sup>).

[\*] per gruppo familiare-base deve intendersi **l'intero gruppo familiare** (costituito, cioè, da **Socio, coniuge** convivente e, se non convivente, purché fiscalmente a carico, **figli** fino al compimento del 26° anno d'età conviventi e, se non conviventi, purché fiscalmente a carico), **purché i familiari risultino iscritti nella Lista Assistiti**.

#### - limiti alle persone assistibili:

Le persone sono assistibili, con copertura piena, fino all'**età massima di 80 anni** del singolo assistito.

Per chi ha superato gli 80 anni opera una copertura straordinaria con capitale ridotto al 50% e diaria in misura fissa pari al 50% della diaria minima.

Per chi ha superato gli 80 anni occorre presentare, all'inizio di ogni rinnovo annuale, apposita certificazione medica da rilasciarsi anche a cura dello stesso medico di base, attestante "condizioni di salute normali in relazione all'età" (con esclusione, quindi, di patologie particolari "a rischio").

Anche in mancanza del preventivo deposito della prescritta certificazione medica, il sinistro (valutato con riferimento alle motivazioni dell'intervento) godrà comunque di una copertura straordinaria del 50% (del capitale assicurato od, a richiesta del Socio, della diaria sostitutiva [al 50% della diaria minima] per un massimo di 30 gg. all'anno).

A sensi delle condizioni generali d'assicurazione, non sono assistibili, in ogni caso ed indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome di immunodeficienza acquisita o da infermità mentale.

#### - termini di aspettativa:

- per tutti gli infortuni:  
**assistibilità immediata (senza nessuna latenza)**

- per le malattie:  
**assistibilità immediata (senza nessuna latenza)**

#### - limiti delle prestazioni:

- in conformità ai principi sulle persone assistibili ed alle condizioni generali d'assicurazione sono escluse le spese per interventi relativi a:

- malattie mentali;
- abuso di alcoolici, uso di allucinogeni, nonché uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data d'inizio della copertura, salvo che si tratti di interventi di ripristino della funzionalità di organi o di parti del corpo:
  - infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;
  - infortuni derivanti dalla partecipazione a corse auto-motociclistiche, gare e relative prove ed allenamenti;
  - infortuni derivanti dall'esercizio di attività aeree in genere, anche sportive, ad eccezione di voli effettuati in qualità di passeggero a bordo di aerei gestiti da Linee Aeree regolari e da Compagnie charter regolarmente autorizzate;
  - malattie od infortuni derivanti da attività, anche sportive, che necessitano dell'uso di apparecchi per la respirazione artificiale o di particolari attrezzature di montagna (corde, chiodi o simili) o dell'accompagnamento di guida patentata;
- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;

- le conseguenze derivanti da guerra e insurrezione.

- estensione territoriale:

**-la copertura vale: -per tutti gli Stati dell'Unione Europea (CEE)\***

\* [senza alcuna limitazione, ma con esclusione dei Territori d'oltremare, purchè permanga la residenza in Italia].

**-per gli altri Stati europei, al di fuori della CEE \*\***

\*\*[per interventi chirurgici effettuati in Europa (con esclusione di estensioni statali extraeuropee) su preventiva autorizzazione del SSN che autorizza espressamente l'intervento stesso per motivi di straordinaria necessità e con suo specifico onere di base. Il Fondo interverrà sulla residua somma restante a carico dell'assistito].

**-nel MONDO INTERO\*\*\***

\*\*\*[le prestazioni sono erogabili esclusivamente in caso di infortunio (debitamente documentato e per le sole conseguenze dello stesso) verificatosi all'Estero durante soggiorni di breve durata per escursioni, giri turistici e gite in vacanza, purchè permanga la residenza in Italia, tenendo in considerazione sia la residenza anagrafica che quella effettiva [Art.7 del Regolamento].

- obblighi dell'assistito:

- in caso di sinistro l'assistito deve darne comunicazione al Fo.C.A.S. entro 1 mese dall'inizio del ricovero e, successivamente, deve presentare denuncia al Fondo [ed, eventualmente, anche alla Compagnia assicuratrice, in caso di avvenuta stipulazione di separata copertura] entro giorni 3 dalla data di dimissione dall'Istituto di cura.

La denuncia dovrà poi essere completata con:

- modulo di richiesta di prestazione di tipo spec.assic. [Mod.01/b Opz.Norm.Conv].;

- stato di famiglia [se trattasi di familiare del Socio]\*;

\* A seguito dell'entrata in vigore della L.183/2011 che modifica l'Art.40 e segg. del DPR 445/2000 TU Documentaz.ammin. - al fine di evitare il costo dell'imposta di bollo ora prevista per tutti i certificati rilasciati ad uso privato - verrà accettata equivalente autocertificazione, accompagnata da fotocopia del frontespizio dell'ultima dichiaraz.redditi Mod.730/ o Unico del Socio nel caso di familiare a carico, oppure del familiare stesso se non convivente, e/o non a carico.

- cartella clinica completa e documenti giustificativi delle spese in fotocopia, per le susseguenti verifiche della copertura speciale.

L'assistito che gode del beneficio della deducibilità fiscale dei contributi versati è tenuto a comunicare l'esistenza di altra ulteriore copertura assicurativa ed il valore dell'eventuale intervento assistenziale della stessa.

- pagamento dell'indennizzo e rinuncia alla rivalsa:

Nel caso di infortunio imputabile a responsabilità di terzi, sia il Focas (in caso di gestione diretta) che la Compagnia Assicuratrice (in caso di avvenuta stipula di separata copertura) rinunciano ad avvalersi del diritto di surrogazione (Art.1916 C.C.), per cui quanto eventualmente dovuto dal terzo responsabile resta acquisito esclusivamente a favore dell'Assistito.

**N.B. Per una migliore assistenza è opportuno che il Socio contatti la Segreteria del Fo.C.A.S. già fin dall'inizio del ricovero in Istituto di cura.**

# Tabella delle prestazioni previste

Allegato C/1

## **Interventi previsti come GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI\***

\* Prestazioni allargate a n.311 tipologie d'intervento chirurgico

La copertura allargata si applica a tutte le Opzioni e comprende (secondo lo schema sotto riportato, ai punti: 1/ 2/ 3/ T) tutti gli interventi operatori per i quali la tariffa minima, di legge (§), contempla un onorario per il chirurgo non inferiore a Lire 1.500.000 (€ 775,00).

§ [Secondo la classificazione, di cui al D.P.R. 17 febbraio 1992, pubblicato sulla G.U./ Suppl.Ord. n.128 del 2.6.1992]

In alternativa al rimborso delle spese sostenute, l'assistito può chiedere la corresponsione di una diaria sostitutiva (d'importo variabile secondo la gravità dell'intervento), fino ad un massimo di 120 giorni per famiglia/anno assicurativo e di 60 giorni per assistito/evento.

Non vi è limite d'età per l'assistibilità delle persone, nell'ambito delle condizioni generali d'assicurazione, ma sono previste coperture ridotte per chi ha superato gli 80 anni.

- [1] - per "alta chirurgia" [Cod. 1] si intendono (in senso strettamente tecnico) gli interventi chirurgici per i quali la tariffa sopraccitata contempla un onorario per il chirurgo operatore non inferiore a Lire 2.500.000 (€ 1.291,00).

La misura dell'onorario tariffario vale unicamente ai fini dell'identificazione degli interventi assistibili, mentre ai fini della liquidazione delle prestazioni assicurate si fa riferimento alle spese effettivamente sostenute <sup>[\*]</sup>.

- [2] - per apposita convenzione, la copertura risulta allargata anche agli interventi chirurgici per i quali la tariffa sopraccitata contempla un onorario per il chirurgo operatore non inferiore a Lire 2.000.000 (€ 1.033,00) <sup>[\*]</sup>.

- [3] - per ulteriore convenzione, la copertura risulta poi allargata agli interventi chirurgici per i quali la tariffa sopraccitata contempla un onorario per il chirurgo operatore non inferiore a Lire 1.500.000 (€ 775,00) <sup>[\*]</sup>.

- [T] - infine, per ulteriore convenzione, una copertura maggiorata comprende i principali trapianti di organi, come sotto specificati, indipendentemente da quanto la tariffa sopraccitata contempra come onorario per il chirurgo operatore <sup>[\*]</sup>.

\* \* \*

### **ANALGESIA (TERAPIA ANTALGICA):**

- [3] -Blocco dell'ipofisi

### **COLLO:**

=Interventi sulla tiroide:

- [2] . con tiroidectomia allargata per neoplasia maligna  
[3] . con tiroidectomia totale  
[3] -Gozzo retrosternale  
[1] -Gozzo retrosternale con mediastinotomia  
[3] -Intervento sulle paratiroidi  
[3] -Interventi per diverticolo dell'esofago  
[2] -Resezione dell'esofago cervicale

### **ADDOME:**

- [3] -Laparotomia per drenaggio di peritoniti  
=Laparotomia esplorativa:  
[3] . se per occlusione senza resezione  
[2] . se per occlusione con resezione  
[2] . se per occlusione con sutura viscerale

### **PERITONEO:**

- [2] -Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale

**ESOFAGO:**

- [3] -Interventi per patologia benigna dell'esofago toracico
- [2] -Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico
- [1] -Interventi con esofagoplastica
- [1] -Mega-esofago e esofagite da reflusso
- [1] -Cardioplastica

**STOMACO-DUODENO:**

- [2] -Resezione gastrica
- [1] -Gastroectomia totale
- [1] -Gastroectomia se allargata
- [1] -Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- [1] -Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- [2] -Sutura di perforazioni gastriche e intestinali non traumatiche
- [1] -Mega-esofago e esofagite da reflusso
- [1] -Cardioplastica
- [3] -Vagotomia

**INTESTINO:**

- [3] -Enterostomia, ano artificiale e chiusura
- [3] -Enteroanastomosi
- [3] -Resezione del tenue
- [2] -Colectomie parziali
- [1] -Colectomia totale
- [3] -Appendicectomia con peritonite diffusa
- [3] -Estrazione di corpi estranei dal retto con intervento
- [2] -Interventi per neoplasie per retto-ano
- [1] -Interventi per neoplasie per retto-ano per via addominoperineale
- [3] -Prolasso del retto
- [1] -Operazione per megacolon
- [1] -Proctololectomia totale

**FEGATO:**

- [2] -Drenaggio di ascesso epatico
- [2] -Interventi per echinococchi
- [2] -Resezioni epatiche
- [3] -Esplorazione chirurgica delle vie biliari
- [1] -Derivazioni biliodigestive
- [1] -Interventi sulla papilla di Water
- [1] -Reinterventi sulle vie biliari
- [1] -Interventi chirurgici per ipertensione portale

**PANCREAS-MILZA:**

- [1] -Interventi per pancreatite acuta
- [1] -Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
- [1] -Interventi per pancreatite cronica
- [1] -Interventi per neoplasie pancreatiche
- [3] -Splenectomia

**TORACE:**

- [3] -Interventi per tumori maligni della mammella
- [3] -Correzioni di malformazioni parietali
- [3] -Trattamenti per traumi parietali

**MEDIASTINO:**

- [3] -Interventi per ascessi
- [2] -Interventi per tumori

## APPARATO RESPIRATORIO:

- [3] -Interventi per ferite del polmone
- [3] -Interventi per ascessi
- [2] -Interventi per fistole bronchiali
- [2] -Interventi per echinococco
- [2] -Resezioni segment. e lobectomia
- [2] -Pneumectomia
- [1] -Tumori della trachea

## CARDIOCHIRURGIA:

=Interventi a cuore chiuso, con effettuazione di:

- [3] . aretriosettostomia per trasposizione dei grandi vasi;
- [3] . derivazioni aorto-polmonari tipo Blalock-Waterstone Potts;
- [3] . banding polmonare per difetti settali nei neonati;
- [3] . sezione e legatura del dotto arterioso di Botallo;
- [3] . valvulotomia della polmonare secondo Brook;
- [3] . correzione di coartazione aortica: resezione aorto-plastica, protesi dacron, patch dacron, by pass dacron;
- [3] . commisurotomia per stenosi mitralica;
- [3] . pericardictomia per pericarditi costrittive;
- [3] . applicazione di pacemaker epimiocardico;
- [3] . cisti del cuore o del pericardio;
- [3] . intervento d'urgenza per ferite o corpi estranei del cuore o per tamponamento;
- [3] . intervento per fistole arterovenose del polmone;
- [3] . doppio arco aortico o malformazioni dei grossi vasi *endotoracici*.

=Interventi a cuore aperto per difetti singoli non complicati, con effettuazione di:

- [2] . correzione difetto del setto interatriale;
- [2] . correzione difetto del setto interventricolare senza ipertensione polmonare;  
.=valvulotomia singola o multipla per stenosi polmonare:
  - mitralica;
  - valvolare aortica;
- [2] . correzione di stenosi aortica sottovalvolare a diaframma;
- [2] . sostituzione valvola singola: aortica - mitralica - tricuspide;
- [2] . anuloplastica valvola singola;
- [2] . By-pass aorto-coronarico singolo;
- [2] . embolectomia della polmonare;

=Interventi a cuore aperto per difetti complessi o complicati, con effettuazione di:

- [1] . correzione radicale di trasposizione di grandi vasi;
- [1] . correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale;
- [1] . correzione impianto anomalo coronarie;
- [1] . correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica;
- [1] . correzione canale atrioventricolare completo;
- [1] . finestra aorto-polmonare;  
.=correzione di:
  - [1] -ventricolo unico
  - [1] -ventricolo destro a doppia uscita
  - [1] -truncus arteriosus
  - [1] -coartazioni aortiche di tipo fetale
  - [1] -coartazioni aortiche multiple o molto estese
  - [1] -stenosi aortiche infundibulari
  - [1] -stenosi aortiche sopravvalvolari
  - [1] -trilogia di Fallot
  - [1] -tetralogia di Fallot
  - [1] -atresia della tricuspide
  - [1] -pervietà interventricolare ipertesa
  - [1] -pervietà interventricolare con "debanding"
  - [1] -pervietà interventricolare con insufficienza aortica
- [1] . sostituzioni valvolari multiple;
- [1] . By-pass aortocoronarici multipli;

- [1] . sostituzioni valvolari con By-pass aortocoronarico;
- [1] . aneurismi aorta toracica;
- [1] . aneurismi aorta addominale con obbligo di By-pass circolatorio;
- [1] . resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto
- [1] . riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti
- [1] . reinterventi in CEC per protesi valvolari, By-pass aorto coronarici
- [1] -Asportazione di tumori intercardiaci
- [3] -Tutti gli interventi neonatali a cuore aperto con ipertermia profonda e arresto circolatorio
- [2] -Contropulsazione per infarto acuto mediante incanalamento arterioso
- [3] -Fistole arterovenose polmonari
- [1] -Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale
- [3] -Ricostruzione sternale per "Pectus excavatum"

#### **CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO:**

- [3] -Trapanazione cranica per puntura o drenaggio ventricolare
- [3] -Registrazione della pressione intracranica
- [2] -Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche
- [2] -Intervento per encefalomeningocele
- [2] -Intervento per craniostenosi
- [3] -Asportazione di tumori ossei della volta cranica
- [2] -Interventi per traumi cranio cerebrali
- [2] -Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)
- [1] -Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale
- [2] -Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale
- [3] -Trapanazione per evacuazione di ematoma epidurale e sub-durale
- [2] -Rizotomia chirurgica e microdecompressione endocranica dei nervi cranici
- [3] -Trattamento percutaneo della nevralgia del trigemino e di altri nervi cranici
- [2] -Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- [1] -Asportazione tumori dell'orbita
- [1] -Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc.)
- [1] -Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)
- [2] -Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari intracraniche
- [2] -Psicochirurgia
- [2] -Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica
- [2] -Intervento per epilessia focale e callosotomia
- [1] -Emisferectomia
- [1] -Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore
- [2] -Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale per via posteriore
- [1] -Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto
- [2] -Anastomosi dei vasi extra-intracranici
- [1] -Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
- [2] -Endarterectomia della a.carotide e della a.vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario
- [3] -Laminectomia esplorativa o decompressiva (per localizzazioni tumorali ripetitive)
- [1] -Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari
- [1] -Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, ecc.)
- [2] -Interventi per traumi vertebro-midollari
- [1] -Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica
- [1] -Somatomia vertebrale
- [2] -Interventi per mielopatia cervicale o ernia del disco per via anteriore o posteriore
- [1] -Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica
- [2] -Asportazione di ernia del disco lombare
- [2] -Spondilolistesi
- [2] -Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, ecc.)
- [2] -Cordotomia e mieolotomia percutanea
- [2] -Cordotomia e mielotomia percutanea
- [3] -Applicazione di elettrodi o cateteri endorachidei per trattamento del dolore o altro

- [3] -Stabilizzazione elettrodi o cateteri endorachidei e applicazione stimolatori o reservoir a permanenza
- [3] -Asportazione tumori dei nervi periferici
- [3] -Anastomosi extracranica di nervi cranici
- [3] -Interventi sui nervi periferici neurorraffie, neurolisi, neurotomie, nevrectomie decompressive
- [2] -Interventi sul plesso brachiale

#### **CHIRURGIA VASCOLARE:**

- [3] -Interventi per aneurismi ed aneurismi artero-venosi dei vasi arteriosi
- [3] -Interventi per stenosi ed ostruzione della carotide extracranica, succlavia e arteria anonima
- [3] -Disostruzione e by-pass aorto-addominale
- [3] -Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca
- [3] -Operazioni per innesti di vasi
- [1] -Operazioni sull'aorta toracica e sulla aorta addominale

#### **UROLOGIA:**

- [1] -ESWL (litototrixxia extracorporea con onde d'urto)
- [3] -Nefrectomia semplice
- [3] -Nefrectomia parziale
- [2] -Nefrectomia allargata per tumore
- [1] -Nefrectomia allargata per tumore con emboleotomia
- [2] -Resezione renale con clampaggio vascolare
- [2] -Nefrourectomia totale
- [3] -Pieloureteroplastica (tecniche nuove)
- [2] -Surrenalectomia
- [3] -Emitrigonectomia
- [1] -Ileo bladder
- [2] -Cistoprostatovescicolectomia con ureterosigmoidostomia
- [1] -Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale
- [1] -Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder
- [1] -Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- [3] -Riparazione di fistola vescico intestinale
- [1] -Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi
- [1] -Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
- [3] -Linfoadenectomia locoregionale di staging per ca. prostatico
- [2] -Prostatectomia radicale extraponeurotica nerve sparing
- [2] -Linfoadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasie testicolari

#### **GINECOLOGIA:**

- [3] -Colpoisterectomia con o senza annessiectomia
- [1] -Isterectomia radicale con linfoadenectomia per tumori maligni per via addominale
- [1] -Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale
- [2] -Vulvectomia allargata con linfoadenectomia
- [1] -Intervento radicale per carcinoma ovarico

#### **OCULISTICA:**

- [2] -Odontocheratoprosesi
- [3] -Cheratomilleusi

#### **OTORINOLARINGOIATRIA: -ORECCHIO**

- [3] -Timpanoplastica in un solo tempo (curativa e ricostruttiva)
- [3] -Ricostruzione della catena ossiculare
- [3] -Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale
- [3] -Anastomosi e trapianti nervosi
- [3] -Sezione del nervo cocleare
- [3] -Sezione del nervo vestibolare
- [3] -Neurinome dell'VII paio
- [3] -Asportazione di tumori dell'orecchio medio
- [3] -Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca pietrosa

**OTORINOLARINGOIATRIA: -NASO**

- [3] -Asportazione di tumori maligni del nasi e dei seni
- [3] -Intervento per fibroma duro rinofaringeo
- [3] -Tumori maligni di altre sedi (tonsille, ecc.) con svuotamento latero-cervicale

**OTORINOLARINGOIATRIA: -LARINGE-TRACHEA-BRONCHI-ESOFAGO**

- [3] -Laringectomia sopraglottica
- [3] -Laringectomia totale
- [3] -Laringectomia ricostruttiva
- [3] -Laringofaringectomia
- [3] -Interventi pre paralisi degli abducenti

**OTORINOLARINGOIATRIA: -COLLO**

- [3] -Asportazione di diverticolo esofageo
- [3] -Esofagotomia cervicale
- [3] -Tiroidectomia totale
- [3] -Svuotamento laterocervicale unilaterale
- [3] -Svuotamento laterocervicale bilaterale
- [1] -Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

**STOMATOLOGIA E IMPLANTOLOGIA:**

- [3] -Impianti iuxta ossei o sottoperiosteali con struttura totale in lega stellitica chirurgica  
[N.B. Solo se connesso ad interventi di rimozione di tumori o di ricostruzione ossea a seguito di sinistro]

**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA:**

- [2] -Osteosintesi diafisi femorale ed epifisi dorsale
- [2] -Osteosintesi di omero
- [2] -Interventi per costola cervicale
- [2] -Scapulopessi
- [3] -Asportazione di tumori ossei
- [2] -Trapianti ossei o protesi diafisarie
- [3] -Pseudoartrosi congenita della tibia
- [2] -Trattamento delle dismetrie e delle deviazioni degli arti con impianti esterni
- [2] -Biopsia trans-peduncolare dei somi vertebrali
- [3] -Resezioni articolari
- [1] -Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- [1] -Resezioni del sacro
- [1] -Osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari
- [2] -Laminectomia decompressiva per neoplasie (senza sintesi)
- [1] -Disarticolazione interscapolo-toracica
- [1] -Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec. Tikhor-Imberg con salvataggio dell'arto
- [1] -Resezione artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custommade"  
=Resezioni del radio distale:
  - [3] . con atrodesizzanti (trapianto e cemento);
  - [2] . con trapianto articolare perone-pro-radio;
- [1] -Emipelvectomia
- [1] -Emipelvectomia "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
- [2] -Resezioni del femore prossimale artrodiafisaria e sostituzione con protesi speciali (cementate o no, modulari o no)  
=Resezioni artrodiafisarie del ginocchio:
  - [2] . atrodesizzanti (trapianto o cemento + infibulo femoro-tibiale);
  - [2] . sostituzioni con protesi modulari o "custom-made";
- [3] -Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi + cemento
- [2] -Ricostruzione dei legamenti articolati
- [3] -Riduzione cruenta lussazione congenita dell'anca
- [3] -Osteotomia di bacino (Salter, Chiari, triplice osteotomia)
- [3] -Protesi totale di spalla
- [2] -Artroprotesi di anca
- [2] -Protesi totale di displasia d'anca
- [2] -Intervento di rimozione di protesi d'anca

- [1] -Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca
- [2] -Artroprotesi di ginocchio
- [3] -Artroprotesi di gomito
- [3] -Endoprotesi di Thompson
- [2] -Protesi cefalica di spalla
- [3] -Protesi di polso
- [3] -Emiartroplastica
- [1] -Vertebrotomia
- [2] -Discoectomia per via anteriore per ernia cervicale
- [1] -Discoectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
- [1] -Uncoforaminotomia
- [1] -Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- [2] -Osteosintesi vertebrale
- [2] -Pulizia focolai osteici
- [1] -Artrodesi per via anteriore
- [2] -Interventi per via posteriore senza impianti
- [1] -Interventi per via posteriore con impianti
- [1] -Interventi per via anteriore senza e con impianti

#### **TENDINI E MUSCOLI:**

- [3] -Ricostruzioni tendinee di polso e mano

#### **CHIRURGIA PEDIATRICA:**

- [3] -Cranio bifido con meningocele
- [3] -Cranio bifido con meningoencefalocele
- [3] -Idrocefalo ipersecretivo
- [3] -Linfangioma cistico del collo
- [3] -Neurolisi del plesso brachiale per paralisi ostetrica
- [2] -Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- [3] -Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- [2] -Atresia congenita dell'esofago
- [2] -Fistola congenita dell'esofago
- [3] -Torace ad imbuto e torace carenato
- [1] -Trattamento chirurgico dell'ipertensione portale nel bambino  
=Occlusione intestinale del neonato:
- [3]                   . per malrotazione bande congenite, volvolo
- [2]                   . per atresie con necessità di anastomosi
- =Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale:
- [2]                   . con resezione secondo Mickulicz;
- [2]                   . con resezione con anastomosi primitiva;
- [2] -Atresia dell'ano semplice, con abbassamento addome perineale
- [1] -Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addome perineale
- [3] -Teratoma sacrococcigeo
- [2] -Megauretere: resezione con reimpianto
- [1] -Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale
- [3] -Nefrectomia per tumore di Wilms
- [3] -Spina bifida con mielomeningocele
- [2] -Megacolon: resezione anteriore
- [1] -Megacolon: operazione addominoperineale di Buhamel o Swenson
- [3] -Fistole e cisti dell'ombelico, del canale onfalomesenterico con resezione intestinale

#### **TRAPIANTI:**

← la copertura è estesa a **tutti** i Trapianti d'organo [T]

=Trapianto organi degli apparati:

- [Tr]                   . circolatorio;
- [Tr]                   . digerente respiratorio;
- [Tr]                   . urinario.
- [Tr] -Trapianto di cornea
- [Tr] -Trapianti ossei

Copertura standard AUTOMATICA

- 31.03- Franchigia fissa del primo giorno (in caso di intervento chirurgico) – presso Strutt.Publ./Convenz.  
 31.02- Franchigia fissa dei primi 2 giorni (in caso di intervento chirurgico) – presso Cliniche private  
 31.01- Franchigia fissa dei primi 5 giorni (in caso di ricovero x accertam./ cure med.) – presso Strutt.Publ./Convenz.  
 31.04- Franchigia fissa dei primi 6 giorni (in caso di ricovero x accertam./ cure med.) – presso Cliniche private

Alla copertura dei rischi connessi al ricovero ospedaliero il Fondo potrà provvedere direttamente, mediante apposita gestione, oppure provvederà a stipulare, di anno in anno, una polizza assicurativa con primaria Compagnia, con diarie e massimali variabili per tipologia d'assistenza.

## DIARIA

la Diaria prevede sempre la copertura per l'intera famiglia-base (Socio + coniuge a carico e figli fino a 26 anni a carico, purché iscritti nella Lista degli assistiti).

**Misura in vigore della Diaria giornaliera:**

Opzione	Diaria giornaliera
<b>Opzione 2/B1</b>	<b>€ 41,40</b>

La copertura è prevista a favore del Socio (e del suo gruppo familiare-base<sup>[\*]</sup>).

[\*] per gruppo familiare-base deve intendersi **l'intero gruppo familiare** (costituito, cioè, da **Socio, coniuge** convivente e, se non convivente, purché fiscalmente a carico, **figli** fino al compimento del 26° anno d'età conviventi e, se non conviventi, purché fiscalmente a carico), **purché i familiari risultino iscritti nella Lista Assistiti.**

## - misura della diaria:

La copertura assistenziale prevede l'erogazione di una diaria (variabile, secondo il livello di copertura) per ogni giornata di ricovero, esclusi i giorni di franchigia (ove previsti), indipendentemente dalla misura delle spese sostenute e rimaste a carico dell'assistito. Le giornate sono computabili solo se vi è corrispondente pernottamento.

## - periodo massimo di erogazione della diaria:

nell'ambito degli assistiti da ogni singola copertura, è possibile la richiesta di liquidazione di una diaria per ogni giornata di ricovero, al netto delle franchigie [le giornate sono computabili solo se vi è corrispondente pernottamento], fino ad un massimo per l'intera famiglia di 120 giorni per anno assicurativo e di 60 giorni per persona all'anno e per singolo evento.

## - persone assistite:

**-il Socio e tutti gli altri familiari iscritti nella Lista degli assistiti.**

## - limiti alle persone assistibili:

Le persone sono assistibili, con copertura piena, fino all'**età massima di 80 anni** del singolo assistito.

Per chi ha superato gli 80 anni opera una copertura straordinaria con diaria ridotta pari al 50% della diaria, fino ad un massimo di 60 giorni per anno assicurativo e per evento.

Per chi ha superato gli 80 anni occorre presentare, all'inizio di ogni rinnovo annuale, apposita certificazione medica da rilasciarsi anche a cura dello stesso medico di base, attestante "condizioni di salute normale in relazione all'età" (con esclusione, quindi, di patologie particolari "a rischio").

Anche in mancanza del preventivo deposito della prescritta certificazione medica, il sinistro (valutato con riferimento alle motivazioni del ricovero stesso) godrà comunque di una copertura straordinaria del 50% della diaria per un massimo di 30 gg. all'anno.

Il limite massimo d'età per la copertura straordinaria risulta confermato in **90 anni**

- limiti delle prestazioni:

La presente copertura risulta finalizzata alla erogazione di una diaria per i periodi di degenza, in Ospedali o Case di cura, connessi a ricovero per intervento chirurgico ospedalizzato, per cure ospedaliere pre e post intervento chirurgico, per cure medicali connesse ad infortunio o malattia e per accertamenti diagnostici da espletare presso Centri di cura.

- Restano pertanto esclusi i periodi di generica degenza in Centri di soggiorno e cura (anche se con presenza infermieristica o con assistente medico), Centri di cure climatiche, Centri di talassoterapia, Beauty Farm, Centri Benessere, ecc. - anche se convenzionati con il SSN.
- Sono parimenti esclusi i periodi di generica degenza in Istituti per anziani [sia nella forma tradizionale presso "Ricoveri", sia in altre strutture variamente denominate come "Ospedale geriatrico", "Ospedale anziani", "Centro invalidi", "Cronicario", "Casa di cura ed assistenza", ecc.] determinati dalla perdita dell'autosufficienza dell'assistito, ossia causati dalla necessità dell'assistito di avere aiuto ed assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana (ricoveri a carattere assistenziale, di lunga degenza, "long term care").

Inoltre, in conformità ai principi sulle persone assistibili ed alle condizioni generali di assicurazione sono esclusi dalla copertura i ricoveri determinati da:

- da eventi provatamente derivanti da guerra dichiarata o non dichiarata qualunque ne sia la sua espressione, insurrezioni o da sinistri sofferti durante il servizio militare di leva, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- tentativi di suicidio ed infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- malattie croniche od ereditarie; tossicomani, sindrome di immunodeficienza acquisita;
- intossicazioni derivanti da abuso di alcolici, uso di allucinogeni e stupefacenti;
- nevrosi, malattie tubercolari e/o mentali;
- da malattie od infortuni derivanti dall'attività di atleta professionista;
- dall'esercizio di attività aeree in genere, anche sportive, ad eccezione di voli effettuati in qualità di passeggero a bordo di aerei gestiti da Linee Aeree regolari e da Compagnie charter regolarmente autorizzate;
- da malattie od infortuni derivanti da attività, anche sportive, che necessitano dell'uso di apparecchi per la respirazione artificiale o di particolari attrezzature di montagna (corde, chiodi o simili) o dell'accompagnamento di guida patentata;
- infortuni derivanti dalla partecipazione a corse auto-motociclistiche, gare e relative prove ed allenamenti.

La copertura assistenziale per Ricovero ospedaliero non è cumulabile con il contemporaneo godimento della copertura per Grandi Rischi per il medesimo evento e, pertanto, la diaria per Ricovero ospedaliero ordinario potrà essere erogata solo previa espressa rinuncia da parte dell'assistito alla copertura per Grandi Rischi relativa allo stesso evento.

- termini di aspettativa:

**assistibilità immediata (senza nessuna latenza)**

Le franchigie applicabili distinguono fra il ricovero per intervento chirurgico ed il ricovero ordinario per accertamenti diagnostici o per cure mediche, secondo lo schema riportato all'inizio del presente capitolo.

- estensione territoriale:

**-la copertura vale: -per tutti gli Stati dell'Unione Europea (CEE)\***

\*[senza alcuna limitazione, ma con esclusione dei Territori d'oltremare, purchè permanga la residenza in Italia].

**-per gli altri Stati europei, al di fuori della CEE \*\***

\*\*[per interventi chirurgici, per ricoveri per malattia od accertamenti diagnostici effettuati in Europa (con esclusione di estensioni statali extraeuropee) su preventiva autorizzazione del SSN che autorizza espressamente il ricovero stesso per motivi di straordinaria necessità e con suo specifico onere di base].

**-nel mondo intero\*\*\***

\*\*\*[le prestazioni sono erogabili esclusivamente in caso di infortunio (debitamente documentato e per le sole conseguenze dello stesso) verificatosi all'Estero durante

soggiorni di breve durata per escursioni, giri turistici e gite in vacanza, purchè permanga la residenza in Italia, tenendo in considerazione sia la residenza anagrafica che quella effettiva [Art.7 del Regolamento].

- obblighi dell'assistito:

- in caso di sinistro l'assistito deve darne comunicazione al Fo.C.A.S. entro 1 mese dall'inizio del ricovero e, successivamente, deve presentare denuncia al Fondo [ed, eventualmente, anche alla Compagnia assicuratrice, in caso di avvenuta stipulazione di separata copertura] entro giorni 10 dalla data di dimissione dall'Istituto di cura.

La denuncia dovrà poi essere completata con:

- modulo di richiesta di prestazione di tipo spec.assic. [Mod.01/b Opz.Norm./Convenz..];
- stato di famiglia [se trattasi di familiare del Socio]\*;

\* - A seguito dell'entrata in vigore della L.183/2011 che modifica l'Art.40 e segg. del DPR 445/2000 TU Documentaz.ammin. – al fine di evitare il costo dell'imposta di bollo ora prevista per tutti i certificati rilasciati ad uso privato – verrà accettata equivalente autocertificazione, accompagnata da fotocopia del frontespizio dell'ultima dichiaraz.redditi Mod.730/ o Unico del Socio nel caso di familiare a carico, oppure del familiare stesso se non convivente e/o non a carico.

- fotocopia cartella clinica completa relativamente al periodo di ricovero per il quale si richiede la diaria oppure dichiarazione Ospedaliera sostitutiva (con la precisazione della causa del ricovero, per la verifica dell'assenza delle sopra riportate clausole limitative alle prestazioni assistibili, e con l'indicazione dei giorni di permesso d'uscita ai fini del computo dei pernottamenti effettivi).

**N.B. - Per una migliore assistenza è opportuno che il Socio contatti la Segreteria del Fo.C.A.S. già fin dall'inizio del ricovero in Istituto di cura.**