

COMPARAZIONE

CASSA SANITARIA PER IL PERSONALE DEL GRUPPO INTESA e FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL GRUPPO INTESA SANPAOLO

PARTE RELATIVA A COSTI ISCRIZIONE, NORME STATUARIE, AMMINISTRATIVE

Aspetti	Cassa Gruppo Intesa	Nuovo Fondo Sanitario
Tipo associazione	Volontaria per tutti.	Iscritti d'ufficio fatta salva la facoltà di recesso da esercitarsi entro e non oltre il 30 aprile 2011
Esodati	Stesso trattamento personale in servizio.	Stesso trattamento personale in servizio.
Familiari a carico	Gratuiti.	0,10 % per ogni persona calcolato su imponibile ai fini INPS per le prime 3 persone, poi gratis. Per i pensionati la base di calcolo è la pensione AGO. Limite massimo imponibile € 100.000.= annualmente rivalutato (ISTAT per attivi e perequativa INPS per pensionati).
Coniuge di fatto	Gratis se a carico, altrimenti a pagamento.	0,90% su imponibile ai fini INPS. Per i pensionati la base di calcolo è la pensione AGO. Limite massimo imponibile € 100.000.= annualmente rivalutato (ISTAT per attivi e perequativa INPS per pensionati).
Familiari non a carico	€ 650 per tutti.	0,90 % su imponibile ai fini INPS. Per i pensionati la base di calcolo è la pensione AGO. Limite massimo imponibile € 100.000.= annualmente rivalutato (ISTAT per attivi e perequativa INPS per pensionati).
Genitori conviventi	Non possibile iscrizione.	0,10% se fiscalmente a carico e nell'ambito dello 0,30% massimo; 0,90% se fiscalmente non a carico (su imponibile ai fini INPS per attivi e pensione AGO per pensionati). Massimo imponibile € 100.000, rivalutato annualmente come sopra. Cessano al compimento dell'80° anno di età.
Parenti conviventi	Non possibile iscrizione.	Solo se fiscalmente a carico. Iscrizione a pagamento 0,10% (nell'ambito dello 0,30% massimo) su imponibile ai fini INPS per attivi e pensione AGO per pensionati. Massimo imponibile € 100.000, rivalutato come sopra. Cessano al compimento dell'80° anno di età.
Costo iscrizione pensionati	2,30% su lordo pensione INPS con un massimo di € 1.800 all'anno.	3% calcolato su pensione AGO, con imponibile massimo di € 100.000 rivalutato annualmente in base perequativa INPS.
Anticipo	Previsto in caso di ricovero con intervento in struttura a pagamento.	Previsto in caso di ricovero con intervento in struttura a pagamento.
Iscrizioni tardive	Possibili con pagamento del contributo pregresso dalla data di inizio cassa (1.1.2003) e prestazioni dopo 12 mesi.	Possibili per i soli familiari con pagamento del pregresso e fruizione prestazioni dopo 12 mesi data richiesta, salvo per coniuge e figli entrambi fiscalmente a carico, che potranno fruire subito delle prestazioni.
Liquidazione	Di massima entro 45 gg.	Ricovero in strutture non convenzionate: 80%

		entro 45 gg. di massima – 20 % rimanente l'anno successivo dopo approvazione bilancio. Sono escluse dalla norma di cui sopra i Grandi Eventi Patologici, le diarie ed i ticket. Previste riduzioni in caso incapienza dei fondi.
<p>Note: Per <u>scoperto</u> si intende la parte di spesa che rimane a carico dell'iscritto, calcolata in percentuale sull'ammontare totale. La <u>franchigia</u> è la parte di spesa che rimane a carico dell'iscritto, calcolata in misura fissa, indipendentemente dall'ammontare totale. L'infortunio deve essere comprovato da certificazione del Pronto Soccorso.</p> <p>PREMESSA: TUTTE LE SPESE NEL SEGUITO ELENCAE E CONNESSE A GRANDI EVENTI PATOLOGICI SONO ESCLUSE DALL'APPLICAZIONE DI QUALSIASI FRANCHIGIA</p>		
OSPEDALIERE Massimale	Per singolo evento: € 150.000, con aumento a € 250.000 per grandi interventi chirurgici. Tutti i ricoveri, eccettuati quelli a totale carico SSN, sono coperti per 30 gg + eventuali altri 30 gg. In caso gravi patologie	Per singolo evento: € 150.000, con aumento a € 300.000 per Grandi Interventi Chirurgici.
Grande Intervento Chirurgico	Franchigia fissa per evento di € 1.500 escluse le rette di degenza. Retta di degenza rimborsata fino a concorrenza € 250 giorno iva compresa	Nessuna franchigia, rimborso nei limiti massimale (€ 300.000).
Intervento chirurgico ambulatoriale	Scoperto del 20%	Scoperto del 20% per evento. L'assistenza infermieristica domiciliare spetta anche in caso di intervento chirurgico ambulatoriale.
Interventi per correzione miopia, astigmatismo, astigmatismo miopico, presbiopia e ipermetropia	Massimali e modalità relativi a ricovero con intervento.	€ 1.500 anno nucleo con scoperto del 20%.
EXTRAOSPEDALIERE Visite Specialistiche	Ticket SSN 100%. Rimborso spesa 80% max € 100 per visita senza limiti anno/nucleo.	Massimale anno/nucleo € 3.000 (in uno con trattamenti fisioterapici e rieducativi, analisi ed esami diagnostici non compresi nei casi sottoelencati, prepost parto, cure dentarie ambulatoriali a seguito infortunio). Ticket SSN 100% extramassimale. Rimborso spese con scoperto del 30%. Se fruito in rete quota fissa carico assistito di di € 20 per visite ed € 35 per accertamenti diagnostici. I trattamenti fisioterapici si rimborsano fino ad € 800 anno/nucleo, nell'ambito del massimale generale. Il massimale sarà aumentato ad € 3.500 nel 2012 ed a € 4.000 nel 2013).
Lenti ed occhiali	Massimale € 350 per anno/nucleo. Si rimborsa il 70% spesa (comprese montature/lenti a contatto ed usa e getta).	Massimale anno/nucleo € 450. Si rimborsa il 70% spese. Serve prescrizione medica non antecedente più di 5 anni.

		No montature di materiale prezioso.
Denti	<p>Massimale anno/nucleo € 1.500. Ticket SSN 100%. Si procede al rimborso della spesa fino all'importo massimo previsto dal Tariffario. Si applica una franchigia fissa di € 50 per ciclo di cure. In regime di convenzione rivalsa di € 10 per voce di tariffario a carico assistito. <u>Ortognatodonzia</u>: € 1.291,14 per apparecchio ed € 103,29 per studio caso per ogni assistito una volta nella vita, senza franchigia e compreso nel massimale.</p>	<p><u>Non in presenza di Infortunio:</u> massimale anno/nucleo € 1.500. Ticket SSN 100% extramassimale. Spese rimborsate con scoperto del 30%. Max € 75 per persona/anno extramassimale per ablazione tartaro e visita di controllo ed igiene orale. In caso di ricovero per intervento di chirurgia orale non reso necessario da infortunio o grande patologia: si rimborsano solo spese di degenza e diritti sala operatoria: tutto il resto rientra nel massimale di cui sopra. <u>In presenza di Infortunio curato ambulatorialmente:</u> massimale di € 3.000 anno/nucleo (condiviso con visite specialistiche, diagnostica, gravidanza, trattamenti fisioterapici e rieducativi). Ticket SSN 100% extramassimale. <u>In presenza di Infortunio o Grande Patologia che prevede ricovero con intervento, le protesi dentarie sono rimborsate con modalità e massimali previsti per i ricoveri.</u></p>

Note: le prestazioni "" sono equiparate a tutti gli effetti a prestazioni "private".
Intramoenia. La copertura del Fondo non si eroga in presenza di eventuali altre coperture assicurative per eventi imprevisti ed invalidanti (Long Term Care).
Le cure, applicazioni o la chirurgia plastica o stomatologia di carattere estetico rese necessario da infortunio o conseguenti ai Grandi eventi Patologici vanno erogate anche oltre i termini del pre-post.