

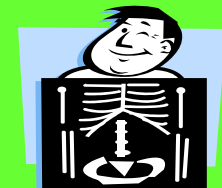
# Guida al FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL GRUPPO INTESA SANPAOLO



Edizione novembre 2010 – DECORRENZA GENNAIO 2011 by Centro Studi Sinfub

# INDICE

- **BENEFICIARI**
- **CONTRIBUZIONI**
- **Mezzi ausiliari, correttivi, cure dentarie**
  - a) **CURE DENTARIE**
  - b) **OCULISTICA**
  - c) **PROTESI e altro**
- **Prestazioni SPECIALISTICHE**
  - a) **ALTA DIAGNOSTICA**
  - b) **VISITE e PRESTAZIONI**
  - c) **TICKET**
- **Prestazioni OSPEDALIERE – 1**
- **Prestazioni OSPEDALIERE – 2**
- **ALTRE PRESTAZIONI**
- **Rimborsi MODALITA' – 1**
- **Rimborsi MODALITA' – 2**
- **Rimborsi ESCLUSIONI**
- **FISCO**
- **INFORMAZIONI**



# BENEFICIARI

## Familiari FISCALMENTE a CARICO

*Per tale deve intendersi il soggetto avente redditi propri inferiori ai limiti di legge, per il quale l'iscritto goda (in tutto od in parte) dei benefici fiscali tempo per tempo normativamente previsti, **fatta eccezione per i FIGLI** per i quali è sufficiente il solo requisito del reddito (e non anche il godimento dei relativi benefici fiscali).*

### FAMILIARI BENEFICIARI A RICHIESTA Fiscalmente a carico

**CONIUGE** in assenza di separazione legale

**FIGLI** (ivi compresi quelli adottati od in affidamento preadottivo)

**ALTRI FAMILIARI** (parenti in linea retta o collaterale – genitori, nonni, nipoti ex filio, fratelli) di età non superiore ad 80 anni e conviventi da stato di famiglia anagrafico dell'iscritto.

L'estensione dell'adesione degli **"ALTRI FAMILIARI"** è subordinata a:

iscrizione della loro totalità così come risultante dallo stato di famiglia anagrafico dell'iscritto e

iscrizione del **"CONIUGE"** e dei **"FIGLI"** (ove presenti) con eventuale esclusione (a richiesta dell'iscritto) di coloro che già godono di analoga copertura sanitaria integrativa. L'obbligo di iscrizione è derogato in favore del **"CONIUGE"**.



### FAMILIARI BENEFICIARI A RICHIESTA Fiscalmente NON a carico

**CONIUGE** purché non legalmente separato

**CONIUGE DI FATTO**

**FIGLI** (ivi compresi quelli adottati od in affidamento preadottivo) purché conviventi con almeno uno dei genitori

**FIGLI** (ivi compresi quelli adottati od in affidamento preadottivo) **del coniuge non legalmente separato o di fatto**


**GENITORI** di età non superiore a 80

La facoltà di far aderire i **FAMILIARI Fiscalmente NON a carico** è condizionata a:

-adesione della totalità dei familiari risultanti dallo stato di famiglia anagrafico dell'iscritto e

-estensione delle prestazioni del Fondo Sanitario alla totalità dei familiari (**"CONIUGE"**, **"FIGLI"** e **"ALTRI FAMILIARI"** a carico) con la sola eccezione, a richiesta dell'iscritto, di coloro che già godono di analoga copertura sanitaria integrativa. L'obbligo di iscrizione è inoltre derogato in favore del **"CONIUGE"** (anche di fatto).

# CONTRIBUZIONE

	Iscritto singolo	1 familiare a carico	2 familiari a carico	3 o più familiari a carico
<b>Aree Professionali</b> <b>Quadri Direttivi</b> <b>Dirigenti</b>	1,00%	1,10%	1,20%	1,30%
Pensionati	3,00%	3,10%	3,20%	3,30%
<b>Familiari non a carico</b>				<b>0,90% per ognuno di essi</b>



Le aliquote contributive si applicano sulla retribuzione imponibile ai fini INPS; l'imponibile annuale massimo per il 2011 è di 100.000,00 € \*

Per gli iscritti in servizio titolari di rapporto di lavoro a tempo parziale **-PART TIME-** la retribuzione imponibile presa a riferimento è determinata in maniera virtuale sulla base di quella riferita al corrispondente lavoro a tempo pieno.

**La quota a carico dell'azienda per ogni dipendente è di 900,00 € \***

\* **Dal 1° gennaio 2012** sarà rivalutata annualmente in base alla variazione dell'indice ISTAT relativo ai prezzi al consumo.

# Mezzi ausiliari, correttivi, cure dentarie: a)

## CURE DENTARIE

### CURE DENTARIE



Massimale per  
Nucleo Familiare

1.500 €uro

Franchigia

30%

Minimo per  
evento

non previsto

### VISITE CONTROLLO ABLAZIONE TARTARO



Massimale per  
PERSONA

75 €uro

Franchigia

non prevista

Minimo per  
evento

non previsto

Il massimale per VISITE DI CONTROLLO E ABLAZIONE TARTARO è in aggiunta a quello per le CURE DENTARIE e si deve intendere riferito per persona una volta l'anno, senza applicazione di franchigia o di minimo per evento.

# Mezzi ausiliari, correttivi, cure dentarie: b)

## OCULISTICA

### MEZZI CORRETTIVI OCULISTICI



Massimale per  
Nucleo familiare

450 €uro

Franchigia

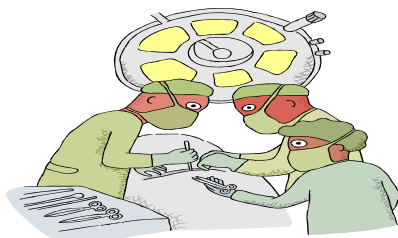
30%

Minimo per  
evento

non previsto

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

### INTERVENTI CORRETTIVI DIFETTI VISIVI



Massimale per  
Nucleo familiare

1.500 €URO

Franchigia

20%

Minimo per  
evento

non previsto

# Mezzi ausiliari, correttivi, cure dentarie: c)

## PROTESI ed altro

	Massimale per Nucleo familiare	Franchigia	Minimo per evento
<b>PROTESI AUDITIVE</b>	2.000 €uro	non previsto	non previsto
<b>Acquisto / Riparazione / Noleggio:</b> - APPARECCHI AUSILIARI CORRETTIVI e TERAPEUTICI resi necessari da perdite o menomazioni invalidanti certificate da Ente Pubblico	3.000 €uro	non previsto	non previsto
<b>Acquisto / Riparazione:</b> - PROTESI ORTOPEDICHE e OCULISTICHE da malattia, infortunio malformazione congenita che comportino una perdita od una menomazione invalidante certificata da Ente Pubblico			
<b>Acquisto:</b> - CARROZZELLE PER DISABILI - APPARECCHI LARINGOFONI	600 €uro	non previsto	non previsto
<b>Oneri sostenuti per</b> - LATTE IN POLVERE * - MEDECINALI REPERIBILI SOLO all'ESTERO ** - PROTESI e APPARECCHI AUSILIARI non ricompresi tra quelli indicati sopra			

\* Con prescrizione medica e per spese sostenute nei primi 6 mesi di vita con il limite di 300 € per neonato.

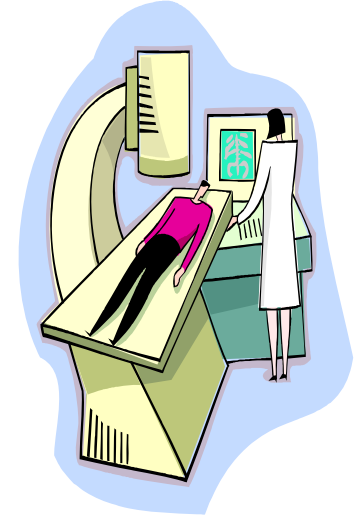
\*\* Non erogati in tutto od in parte dal SSN su prescrizione di enti ospedalieri con indicazione della durata o del medico di base con allegata la prescrizione dell'ente ospedaliero.

# Prestazioni Specialistiche: a) ALTA DIAGNOSTICA

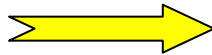
## Alta Diagnostica

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

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



PLAFOND



**15.000 € elevato a**  
**30.000 € in caso di Gravi Eventi Patologici**

FRANCHIGIA



**20 % per la dialisi non è prevista alcuna franchigia**

## **ATTENZIONE**

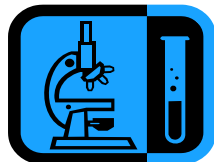
Per le prestazioni di ALTA DIAGNOSTICA erogate da medici/strutture totalmente convenzionati l'iscritto sosterrà per ogni prestazione esclusivamente una

QUOTA FISSA -**senza applicazione di alcuna franchigia**- (fino alla concorrenza del massimale) di **50 Euro**



# Prestazioni Specialistiche: b)

## VISITE - PRESTAZIONI



MASSIMALE

FRANCHIGIA

MINIMO

- Onorari medici per visite e prestazioni specialistiche
- Spese per analisi ed esami diagnostici compresi i relativi onorari medici
- Spese per paradontopatie e cure dentarie (ambulatoriali) a seguito di infortunio
- Spese per trattamenti fisioterapici e rieducativi fermo restando il massimale precedente di 3.000 €

3.000 €uro \*\*

30%

= = =

800 €uro

30%

= = =

### ATTENZIONE

Per le prestazioni **SPECIALISTICHE** erogate da medici/strutture totalmente convenzionati l'iscritto sosterrà per ogni prestazione esclusivamente una QUOTA FISSA senza applicazione di alcuna franchigia (e fino alla concorrenza dei massimali)



20 €uro per VISITE SPECIALISTICHE



35 €uro per ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

\*\* Il massimale sarà elevato



a 3.500 € per le prestazioni dell'anno 2012

a 4.000 € per le prestazioni dell'anno 2013 inoltre

**i massimali tempo per tempo vigenti sono raddoppiati in caso di Grandi Eventi Patologici**

# Prestazioni Specialistiche: c) TICKET

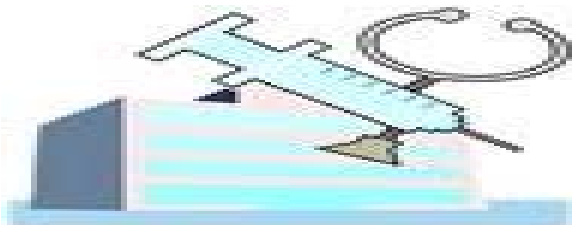


## TICKET



Le quote di partecipazione alla spesa del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), i c.d. **TICKET**, sono rimborsati integralmente (100% della spesa sostenuta), senza applicazione di qualsivoglia franchigia.

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



## Villa CELESTE

*Direttore Sanitario*

**Prof. Dott. Guido TERSILLI**

# Prestazioni OSPEDALIERE - 1

Nel caso di ricovero in un istituto di cura per infortunio o malattia - **con o senza intervento chirurgico** - o di intervento ambulatoriale sono rimborsati gli oneri per:

**Spese per onorari del chirurgo**, dell'aiuto, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; spese per diritti di sala operatoria e/o per materiale d'intervento (compresi apparecchi protesici o terapeutici e le protesi dentarie se conseguenti ad infortunio od ai Grandi Eventi Patologici);

**Spese per rette di degenza**, spese per assistenza medica, infermieristica e assistenziale, cure, medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami ed accertamenti diagnostici (compresi onorari medici) sostenute durante il periodo di ricovero o di degenza;

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

**Il plafond annuo per evento è di:**

**PRESTAZIONI OSPEDALIERE** **150.000 €**



**GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI** **300.000 €**



**INTERVENTO AMBULATORIALE** – Fermi restando i massimali sopra indicati, i rimborsi saranno effettuati applicando una franchigia del 20%.

**RICOVERI DI DURATA INFERIORE A 5 GIORNI (4 notti) SENZA INTERVENTO CHIRURGICO**

Viene applicata una **franchigia fissa ed assoluta di 500 €** (esclusi gravidanza, parto, dialisi, diabete).

In caso di ricovero in istituto di cura (anche in day hospital) **che non comporti rimborsi per il Fondo Sanitario** è corrisposta **un'indennità di 90 €** per ogni giorno intero di durata del ricovero (compreso il giorno d'ingresso), con un limite massimo per beneficiario e per evento di 90 giorni l'anno (raddoppiati nel caso di Grandi Eventi Patologici). In caso di parto non cesareo l'indennità minima è di 500 €.

# Prestazioni OSPEDALIERE - 2

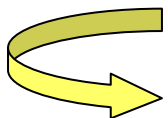
In caso di ricovero sono rimborsate anche le:

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

Nel caso di ricovero in un istituto di cura per parto, parto domiciliare assistito, aborto, interruzione volontaria di gravidanza sono rimborsati gli oneri per:

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

fermo restando il Plafond di 150.000 € i rimborsi saranno effettuati con i seguenti limiti



**Parto cesareo od aborto**

max 7.800 €

per evento

**Parto non cesareo**

max 3.500 €

per evento

# ALTRE PRESTAZIONI

Assistenza (compreso il ricovero in casa di cura) per **INTOSSICAZIONI** dovute a

- **ABUSO ALCOLICI**
- **USO ALLUCINOGENI**
- **USO NON TERAPEUTICO di PSICOFARMACI o STUPEFACENTI**

**Massimale per Nucleo familiare**

1.500 €

**Franchigia**

30%

**Minimo per evento**

non previsto

Oneri, compresi anche quelli connessi al ricovero in casa di cura, relativi a

- **INTERVENTI PSICOTERAPEUTICI**
- **INTERVENTI PSICOANALITICI**
- **MALATTIE di CARATTERE PSICOSOMATICO**

**Massimale per Nucleo familiare**

1.500 €

**Franchigia**

30%

**Minimo per visita**

25 €



# RIMBORSI – Modalità 1

Le spese sostenute sono rimborsate ogni volta che raggiungano (anche se per somma di più prestazioni) almeno l'importo di euro 100,00; qualora non superassero tale importo sarà possibile inoltrarle dal mese di ottobre dell'anno di competenza.

Le domande di rimborso relative a prestazioni dell'anno di competenza devono pervenire al Fondo per il rimborso inderogabilmente entro il termine ultimo del 31 marzo dell'anno successivo a quello di competenza

Fatta salva l'eventuale franchigia, le spese saranno liquidate

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

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

- Franchigia a carico dell'iscritto (30% di 400,00)	120,00
- Spesa rimborsata entro 45 gg. (80% di quanto speso al netto della Franchigia -280,00-)	224,00
- Spesa rimborsata entro il 30 giugno dell'anno successivo (20% di quanto speso al netto della Franchigia -280,00-)	56,00

## ECCEZIONI

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

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

Le prestazioni erogate da medici e/o centri TOTALMENTE CONVENZIONATI sono esenti dall'applicazione della FRANCHIGIA (oltre ovviamente ad essere escluse dall'applicazione del metodo della "DIFFERITA"), con la sola applicazione di una quota fissa di

ALTA DIAGNOSTICA	50 €
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	35 €
VISITE SPECIALISTICHE	20 €

# RIMBORSI – Modalità 2

Per chiedere il rimborso delle spese sostenute bisogna:

1. accedere al sito  
[www.fondosanitariointegrativointesasampaolo.it](http://www.fondosanitariointegrativointesasampaolo.it)
1. utilizzare l'applicazione web per i rimborsi
2. compilare il modulo on-line, stamparlo e firmarlo
3. inserirlo in una busta (di qualsiasi tipo e formato) assieme alla documentazione originale relativa alle spese per le quali si chiede il rimborso
4. apporre sulla busta un'etichetta mod. ET14
5. riportarvi l'indirizzo

**Fondo Sanitario Integrativo Intesa Sanpaolo**

**c/o Previmedical s.p.a.**

**Via Gioberti 33**

**31021 Mogliano Veneto (TV)**



- verificare lo stato della pratica (data rimborso, tipologia prestazione medica, persona interessata, totale rimborso) direttamente dal sito internet - Area Iscritti
- **SEGUI LA TUA PRATICA** è un servizio aggiuntivo che permette di ricevere con un SMS tutte le informazioni sullo stato di elaborazione della propria pratica. Per poterne fruire è necessario comunicare il proprio numero di telefono cellulare sul modulo di adesione al momento dell'adesione, od anche in un momento successivo (sito internet, area riservata).

# RIMBORSI - Esclusioni

## Non sono mai rimborsate le indennità e le spese sostenute per

- Cure o applicazioni o chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico, con l'esclusione di quelle relative ai neonati fino al terzo anno d'età e per forme ricostruttive rese necessarie a seguito di infortunio o Grande Evento Patologico;
- Agopuntura se non praticata da medico iscritto all'ordine;
- Cure conseguenti ad infortuni dovuti al proprio stato di ubriachezza o sostanze stupefacenti (sempreché non siano assunte a scopo terapeutico); al compimento di proprie azioni delittuose, all'uso –anche come passeggero- di veicoli o natanti a motore – in competizioni non di regolarità pura; partecipazione –non dilettantistica- a competizioni sportive;
- Cure di malattie mentali che comportino un trattamento sanitario obbligatorio;
- Cure termali;
- Conseguenze della trasmutazione del nucleo dell'atomo;
- Medicinali (tranne quelli relative alle Prestazioni Ospedaliere e quelle reperibili solo all'estero);
- Cure omeopatiche (tranne le visite specialistiche e gli accertamenti ambulatoriali eseguiti da un medico iscritto all'ordine), cure pranoterapeutiche, cure fitoterapiche e similari, visite di medicina sportiva, del lavoro, legale ed assicurativa;





# FISCO

I contributi che i lavoratori versano alla Fondo Sanitario non concorrono alla formazione del reddito imponibile con un limite complessivo di €uro 3.615,20; tale adempimento viene assolto direttamente dal datore di lavoro per il personale in servizio, mentre gli "esodati" ed i pensionati potranno farlo in occasione dell'annuale dichiarazione dei redditi .

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



# INFORMAZIONI

Per informazioni riguardanti modalità di utilizzo delle prestazioni, tempistica liquidazioni e modalità liquidazioni effettuate si può contattare la società

## PREVIMEDICAL

Centrale Operativa  
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO INTESA SANPAOLO  
c/o PREVIMEDICAL s.p.a.  
Via Gioberti 33  
31021 Mogliano Veneto (TV)

**Da rete fissa**                      **800 99 88 65**  
**Fax**                                      **041 590 73 78**

da rete mobile-pagamento      199 28 51 28  
dall'estero                              +31 040 24 200 65

**SITO**                      [www.fondosanitariointegrativointesasanpaolo.it](http://www.fondosanitariointegrativointesasanpaolo.it)

