

Dal 01 marzo 2014 è possibile estendere, **GRATUITAMENTE**, il Piano Sanitario al **NUCLEO** inteso come coniuge e figli, questi ultimi solo se fiscalmente a carico, risultanti dallo stato di famiglia.

AREA RICOVERO

RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

• CON E SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

Rimborso delle spese sostenute:

Pre ricovero (150gg prima del ricovero), intervento chirurgico, assistenza medica, medicinali e cure, rette di degenza, accompagnatore (limite € 70,00 al gg), post ricovero (180gg dopo il ricovero)

PARTO CESAREO (aborto spontaneo o terapeutico): € 5.000,00 (sottomassimale)

PARTO NATURALE: € 3.000,00 (sottomassimale)

NEONATI: pagamento delle spese per interventi effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite.

DAY-HOSPITAL

Il Piano Sanitario è operante in caso di day-hospital con intervento chirurgico e in caso di day-hospital medici eseguiti per cure e terapie di patologie oncologiche.

Sono esclusi tutti i day-hospital medici diversi da quelli per cure e terapie di patologie oncologiche.

INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE PER PRESTAZIONI DI DERMATOLOGIA E OCULISTICA

Pagamento delle spese per interventi chirurgici ambulatoriali per prestazioni di dermatologia e oculistica: pre ricovero, intervento chirurgico, assistenza medica, medicinali e cure, post ricovero, con gli stessi limiti indicati nella copertura Ricovero.

TRAPIANTI

Pagamento delle spese necessarie per il ricovero, per il prelievo dal donatore, compreso il trasporto dell'organo.

ANTICIPO INDENNIZZO

In caso di ricovero con intervento chirurgico in istituto privato l'iscritto può chiedere un anticipo sulle spese già sostenute e documentate in misura non superiore al 70% delle stesse.

MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI AREA RICOVERO

Prestazioni in strutture sanitarie private

Il Fondo FASA rimborsa le spese sostenute con uno scoperto del 30% a carico dell'iscritto

Prestazioni nel servizio sanitario Nazionale

Il Fondo FASA rimborsa i ticket oppure corrisponde l'indennità giornaliera.

INDENNITA' GIORNALIERA (nel caso l'iscritto non richieda alcun rimborso delle spese)

€ 50,00 per ogni giorno di degenza:

- per i ricoveri medici, chirurgici e per i day-hospital chirurgici → corrisposta a partire dal primo giorno di degenza per un periodo non superiore a 90 giorni per evento.
- per i day-hospital per cure e terapie di patologie oncologiche → corrisposta a partire dal primo giorno per un massimo di 30 giorni per evento.

MASSIMALE ANNUO AREA RICOVERO

€ 20.000,00 per persona

ALTA SPECIALIZZAZIONE

Il Fondo FASA rimborsa le spese sostenute per prestazioni di Alta diagnostica radiologica (ad es: TAC, Risonanza, Rx etc..)

MODALITÀ DI EROGAZIONE

Strutture sanitarie private e Servizio Sanitario Nazionale

Il Fondo FASA rimborsa le spese con una franchigia di € 20,00 per ciascuna prestazione.

MASSIMALE ANNUO

€ 15.000,00 per persona

VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il Fondo FASA rimborsa le spese per visite specialistiche e accertamenti diagnostici con l'esclusione delle visite in età pediatrica (controllo di routine) e delle visite odontoiatriche e ortodontiche

MODALITÀ DI EROGAZIONE

Strutture sanitarie private

Il Fondo FASA rimborsa le spese con:

- applicazione di una franchigia € 35,00 per visita specialistica
- applicazione di una franchigia di € 45,00 per accertamento diagnostico

Servizio Sanitario Nazionale

Il Fondo FASA rimborsa le spese per i tickets con applicazione di una franchigia pari a € 20,00 per visita specialistica o accertamento diagnostico.

MASSIMALE ANNUO
€ 5.000,00 per persona

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI PER INFORTUNIO SUL LAVORO

Il Fondo FASA rimborsa le spese per i trattamenti fisioterapici a seguito d'infortunio sul lavoro, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.

Strutture sanitarie private e Servizio Sanitario Nazionale

Il Fondo FASA rimborsa le spese con uno scoperto del 20% e un minimo non indennizzabile pari a € 40,00 per fattura.

MASSIMALE ANNUO
€ 800,00 per persona

Novità

PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI

Il Fondo FASA rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche. Rientrano in copertura (se prescritte) carrozzelle, plantari apparecchi acustici ecc..

Il Fondo FASA rimborsa le spese con uno scoperto del 20% e un minimo non indennizzabile di € 70,00 per fattura/persona.

MASSIMALE ANNUO
€ 500,00 per persona

INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

Il Fondo FASA liquida le spese sostenute per interventi chirurgici odontoiatrici legati a particolari patologie (es: odontoma, cisti radicolari, etc). Solo in tali casi è previsto il rimborso delle spese dell'intervento di implantologia dentale necessario a completamento dell'intervento.

MODALITÀ DI EROGAZIONE

Strutture convenzionate

Il Fondo FASA liquida direttamente e integralmente le spese alle strutture

Servizio Sanitario Nazionale

Il Fondo FASA rimborsa le spese con uno scoperto del 20%.

MASSIMALE ANNUO
€ 3.800,00 per persona

Novità

PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA

Il Fondo FASA liquida direttamente prestazioni per impianti osteointegrati e le relative corone fisse. La copertura opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura. Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Isritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato e le spese vengono liquidate direttamente e integralmente da Fondo FASA alle strutture senza alcun anticipo da parte dell'Isritto.

MASSIMALE ANNUO
€ 1.100,00 per nucleo

Viene previsto un sotto massimale annuo di € 700,00 nel caso di applicazione di due impianti e un sottomassimale pari a € 350,00 nel caso di applicazione di un impianto.



Novità

CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

Il Fondo FASA liquida le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche ed ortodontiche a seguito di infortunio in presenza di un certificato di Pronto Soccorso e dei referti radiografici

MODALITÀ DI EROGAZIONE

Strutture convenzionate

Il Fondo FASA liquida direttamente e integralmente le spese alle strutture

Servizio Sanitario Nazionale

Il Fondo FASA rimborsa integralmente le spese sostenute per i tickets.

MASSIMALE ANNUO

€ 500,00 per persona



Novità

PREVENZIONE ODONTOIATRICA

Il Fondo FASA provvede al pagamento diretto ed integrale una volta l'anno presso le strutture convenzionate, segnalate dalla Centrale Operativa previa prenotazione, delle seguenti prestazioni:

- visita specialistica odontoiatrica
- detatrasì (ablazione del tartaro)

Restano invece a carico dell'Isritto, se richieste, ulteriori prestazioni quali la levigatura delle radici, la fluorazione ecc..



Novità

PREVENZIONE ODONTOIATRICA PER I FIGLI CON ETA' < 6 ANNI

Il Fondo FASA provvede al pagamento diretto ed integrale una volta l'anno presso le strutture convenzionate, segnalate dalla Centrale Operativa previa prenotazione, delle seguenti prestazioni:

- visita specialistica odontoiatrica
- fluorazione (ablazione del tartaro)



Novità

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE A TARIFFE AGEVOLATE

Per le prestazioni odontoiatriche non comprese in copertura o in caso di esaurimento del massimale a disposizione, l'Isritto può richiedere l'applicazione di tariffe agevolate presso le strutture sanitarie convenzionate con sconti sulle prestazioni sui tariffari normalmente previsti.



Novità

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (operante per il titolare e il coniuge)

Il Fondo FASA provvede al pagamento diretto ed integrale delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine: esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Elettrocardiogramma di base

Prestazioni previste per gli uomini una volta ogni due anni a partire dal compimento dei 45 anni: PSA (Specifico antigene prostatico)

Prestazioni previste per le donne una volta ogni due anni a partire dal compimento dei 35 anni: Pap test, Mammografia (solo con presentazione della prescrizione del medico curante)

Novità

**PRESTAZIONI
DIAGNOSTICHE
PARTICOLARI
(Copertura
operante per i figli
< 6 anni)**

Pagamento di una **visita oculistica** effettuata una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla centrale operativa previa prenotazione.

Novità

**PACCHETTO
MATERNITA'**

Il Fondo FASA provvede al pagamento:

- n°4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a n°6 per gravidanza a rischio);
- le ecografie;
- le analisi clinico chimiche;
- l'amniocentesi o la villocentesi: per le donne di età ≥ 35 anni tali prestazioni sono erogabili senza prescrizione mentre per le donne di età < 35 anni sono riconosciute solo nel caso di malformazione famigliare in parenti di 1° grado o nel caso di patologie sospette.

MODALITÀ DI EROGAZIONE

Strutture convenzionate

Il Fondo FASA liquida direttamente e integralmente le spese alle strutture

Servizio Sanitario Nazionale

Il Fondo FASA rimborsa integralmente le spese sostenute per i tickets.

**MASSIMALE ANNUO
€ 500,00 per persona.**

INDENNITA' GIORNALIERA → In occasione del parto, e previa presentazione della relativa SDO (lettera dimissione ospedaliera), il Fondo FASA corrisponde un'indennità di € 70,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero.

Novità

**PRESTAZIONI
MATERNITA' A
TRIFFE AGEVOLATE**

Per le prestazioni non comprese nel pacchetto maternità di cui sopra perché non previste dal piano o in caso di esaurimento del massimale a disposizione l'Iscritta può richiedere l'applicazione di tariffe agevolate presso le strutture sanitarie convenzionate con sconti sulle prestazioni sui tariffari normalmente previsti.

Novità

**SERVIZI DI
CONSULENZA**

Vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonica dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 19,30 telefonando al numero verde dedicato:

- Informazioni sanitarie telefoniche
- Prenotazioni di prestazioni sanitarie
- Pareri medici

**STATI DI NON
AUTOSUFFICIENZA
(valida solo per il
titolare)**

Nel caso in cui l'Isritto si trovi in uno stato di non autosufficienza gli viene garantito il rimborso delle spese sanitarie ed assistenziali per un importo mensile pari a € 1.000,00 per una durata massima di 3 anni.

ESCLUSIONI

Sono in ogni caso escluse dalla copertura le spese per:

- l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del piano;
- qualsiasi trattamento avente mera finalità di controllo routinario e/o prevenzione (salvo quanto previsto al punto "Prevenzione Odontoiatrica", "Prevenzione odontoiatrica per i figli con età <6 anni", "Prestazioni diagnostiche particolari", "Prestazioni diagnostiche particolari per figli < 6anni");
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- la semplice correzione di difetti visivi con trattamento laser eccetto quelli finalizzati alla correzione della miopia;
- l'intervento per deviazione del setto nasale, se non a seguito di evento traumatico, anche se associato ad ipertrofia dei turbinati o poliposi;
- cure e trattamenti terapeutici non fruiti in regime di ricovero o nei 180 giorni successivi allo stesso;
- tutte le prestazioni afferenti ad una fecondazione non fisiologica (assistita);
- infortuni derivanti da atti dolosi dell'Associato (è operante invece per gli infortuni derivanti da imprudenze e negligenze anche gravi);
- infortuni ed intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- aborto volontario non terapeutico;
- prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio) e/o non conseguenti a patologia;
- trattamenti sclerosanti;
- i trattamenti fisioterapici (salvo quanto previsto al punto "Trattamenti fisioterapici da infortunio sul lavoro" e al punto "Post ricovero" cnf Fascicolo Informativo) e rieducativi, cure termali, medicinali e vaccini;
- le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o trasmutazione dell'atomo, naturali o provocate e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radio-attivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.)
- le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- prestazioni rese a persone affette da infermità mentali, alcolismo, tossicodipendenza e relative alle cause ed alle conseguenze di tali infermità;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.