

Welfare migliore per i dipendenti da proprietari di fabbricati

Con l'attivazione del nuovo Fondo sanitario integrativo per i dipendenti da proprietari di fabbricati si celebra un importante momento della vita di tutto il sistema bilaterale creato da Confedilizia, in rappresentanza dei datori di lavoro, e da Filcams-Cgil/Fisascat-Cisl/Uiltuucs, in rappresentanza dei lavoratori.

Infatti, il sistema - che da sempre eroga prestazioni essenziali a favore dei datori di lavoro e dei lavoratori del comparto - si arricchisce, con il Fondo, di un nuovo strumento di welfare privato, gestito dalle Parti Sociali attraverso una sezione autonoma della Cassa Portieri che saprà - con le consuete celerità e professionalità che caratterizzano i nostri uffici - ben assistere e coadiuvare gli iscritti nell'ambito della richiesta delle nuove, agguinte prestazioni.

Tutti i lavoratori del comparto (quali, portieri, pulitori, manutentori, bagnini, assistenti ecc.) hanno adesso la possibilità di tutelare al meglio la

(segue a pag.2)



Ente Bilaterale Nazionale
per i Dipendenti da
Proprietari di Fabbricati



C.so Trieste 10 - 00198 ROMA
T.: 06/4423.9166 F.: 06/4425.2052
06/4425.1393

www.ebinprof.it - info@ebinprof.it



CASSA PORTIERI



C.so Trieste 10 - 00198 ROMA
T.: 06/4425.1191 F.: 06/4425.1456
06/4425.4791

www.cassaportieri.it - caspo@cassaportieri.it

Al via il Fondo Sanitario Integrativo per i dipendenti da proprietari di fabbricati

Primo adempimento il 16 novembre 2015 - Inizio delle prestazioni a
febbraio 2016 - Codice di versamento F24 "ASPO"

È operativo dal 1° novembre 2015 il Fondo sanitario integrativo per i dipendenti da proprietari di fabbricati.

Con la costituzione di tale Fondo, anche denominato "Sanità Portieri", CONFEDILIZIA, FILCAMS-CGIL, FISASCAT-CISL e UILTUCS danno concreta attuazione agli impegni presi in materia di Assistenza Integrativa (Art.100 CCNL) in occasione del rinnovo del CCNL di categoria del 12 novembre 2012.

Sotto il profilo degli adempimenti amministrativi occorre ricordare le 3 seguenti importanti date (per le prestazioni si veda l'approfondimento all'interno):

16 NOVEMBRE 2015. Contribuzione per il periodo progressivo. Come detto il Fondo è effettivamente funzionante dal mese di novembre 2015. Per il periodo precedente di dieci mesi, durante il quale vi era l'obbligo contributivo ai sensi dell'Art.100 CCNL, e cioè da gennaio 2015 ad ottobre 2015, è stato stabilito dalle Parti Sociali, con specifico accordo, per i dipendenti in forza all'1/1/2015, un versamento forfettario pari a 2 mensilità più 0,50 euro quale quota di iscrizione.

Per esempio: • per i lavoratori fino a 28 ore settimanali: 4 euro x 2 + 0,50 = 8,50 euro; • per i lavoratori sopra le 28 ore settimanali: 6 euro x 2 + 0,50 = 12,50 euro.

16 DICEMBRE 2015. Decorrenza della contribuzione ordinaria. Con l'avvio effettivo del Fondo Sanitario decorre, inoltre, l'obbligo di contribuzione ordinaria. Essa manterrà la stessa cadenza di quella previdenziale ed assistenziale relativa al lavoro dipendente. I versamenti saranno quindi dovuti entro il giorno 16 del mese successivo a quello di competenza.

In pratica, dato che il Fondo è operativo dal mese di novembre 2015, il primo versamento cadrà lunedì 16 dicembre 2015. La misura del versamento è di 6 euro mensili per tutti i lavoratori, a prescindere dal loro orario di lavoro (per le modalità di versamento si veda l'articolo all'interno).

**ATTENZIONE: CODICI
"CUST" E "PULI"
SEMPRE ATTIVI**

1° FEBBRAIO 2016. Decorrenza delle prestazioni sanitarie. Ai sensi dell'Art.10 del regolamento, il Fondo Sanitario non eroga le prestazioni ai dipendenti iscritti nei primi 3 mesi successivi alla loro prima iscrizione. Ai fini della decorrenza delle prestazioni la data di prima iscrizione di un dipendente corrisponde alla data del primo versamento contributivo riferibile allo stesso.

Quindi, per tutti i lavoratori per i quali i versamenti contributivi inizieranno con il mese di novembre 2015 (F24 del 16 dicembre 2015), fatto salvo l'obbligo di contribuzione per il periodo progressivo quando dovuto, le prestazioni del Fondo Sanitario decorreranno dal 1° febbraio 2016. Per le iscrizioni successive (per esempio per effetto di nuove assunzioni) varrà la regola generale con le garanzie del Fondo Sanitario, trascorsi 3 mesi dall'iscrizione.

All'interno: la contribuzione nel CCNL per i dipendenti da proprietari di fabbricati

(Pag.4)

In allegato: il Piano delle prestazioni erogate dal Fondo Sanitario

Regolamenti e modulistica delle 2 sezioni della CASSA sono disponibili sul sito www.cassaportieri.it

Le due sezioni della CASSA PORTIERI

Con l'avvio del Fondo "Sanità Portieri" si rafforza ulteriormente il quadro degli strumenti di welfare contrattuale a disposizione dei dipendenti da proprietari di fabbricati.

Da tale data il nuovo "Fondo Sanitario", affiancherà quindi, nell'ambito della gestione CASSA PORTIERI, il "Fondo Malattia e Assistenza Integrativa" operativo ormai da molti anni.

(segue a pag.3)

Potenziare le prestazioni a favore dei lavoratori erogate dalla CASSA PORTIERI

Le garanzie aggiuntive decorrono da febbraio 2016. Interessati dalle novità anche i lavoratori appartenenti al profilo B) della classificazione del CCNL.

La tutela sanitaria contrattuale dei dipendenti da proprietari di fabbricati, con la nuova sezione della CASSA PORTIERI, si amplia notevolmente (si veda la tabella sottostante).

Alla luce delle importanti novità prossimamente in vigore diventa, pertanto, particolarmente utile fornire un quadro d'insieme di tutte le prestazioni erogate dalla CASSA stessa tramite le sue due distinte sezioni (si veda l'articolo a pagina 1), nonché dei loro beneficiari.

Le prestazioni sanitarie. Sono tali quelle tipicamente destinate a soddisfare i bisogni di salute della persona.

L'intervento della CASSA, fino ad oggi limitato alle visite specialistiche ed alla diagnostica di base, con l'avvio del nuovo "Fondo Sanitario" riguarderà, dal 1° febbraio 2016, diverse nuove fattispecie.

Sotto il profilo organizzativo la gestione delle prestazioni di tipo sanitario è unica e viene effettuata dalla CASSA PORTIERI tramite l'apposita sua nuova sezione interna "Fondo Sanitario".

Il Piano Sanitario. Tutte le prestazioni sanitarie a disposizione degli iscritti (sia quelle erogate fino ad oggi che quelle di nuova istituzione) sono disciplinate da un apposito **Piano Sanitario** che costituisce parte integrante del Regolamento del Fondo Sanitario.

Oltre all'elenco delle garanzie offerte il Piano Sanitario contiene anche le modalità di erogazione delle singole presta-

zioni.

La rete sanitaria convenzionata. La novità di maggior rilievo è, senza dubbio, costituita dalla possibilità offerta al lavoratore di ricorrere, da febbraio 2016, ad una rete di importanti strutture sanitarie convenzionate con la CASSA e diffuse sull'intero territorio nazionale.

Tramite l'utilizzo della rete convenzionata in futuro sarà sufficiente per il dipendente contattare il numero verde della centrale operativa, che sarà presto messo a disposizione, e prenotare la prestazione.

Tutte le spese sono a carico del Fondo e nulla è dovuto dall'iscritto (punto 11.1 del Piano Sanitario).

Limiti all'utilizzo della rete convenzionata. Attenzione, in alcuni limitati casi, ben evidenziati nel Piano Sanitario, a causa della natura stessa della prestazione erogata, non è invece possibile ricorrere alle strutture convenzionate (prestazioni indicate in tabella ai numeri 1, 5, 6 e 7).

In tali casi, l'interessato, dovrà sostenere tutta la spesa della prestazione fruita e successivamente richiedere il rimborso alla CASSA (ovviamente nei limiti previsti dal Piano Sanitario - punto 11.2).

Le prestazioni assistenziali integrative. Esse consistono nell'erogazione di specifici contributi da parte della CASSA al verificarsi di eventi che comportano per il lavoratore delle spese (non necessariamente sanitarie) impreviste.

Tali prestazioni, indicate in tabella ai numeri dal 12 al 15, già in vigore dal 2000, non subiscono alcuna modifica in seguito all'istituzione del nuovo Fondo Sanitario. Esse sono state fino ad ora e saranno anche in futuro gestite dalla CASSA PORTIERI tramite la sezione "Fondo Malattia e Assistenza Integrativa".

Lavoratori appartenenti al profilo B) del CCNL. Importanti novità interessano i lavoratori appartenenti al profilo B). Al Fondo Sanitario di nuova istituzione potranno, infatti, essere iscritti, e beneficiare delle relative prestazioni, anche i lavoratori di profilo B).

Le prestazioni di Assistenza Integrativa gestite dalla Sezione "Fondo Malattia e Assistenza Integrativa" restano invece riservate, come peraltro è stato fino ad oggi, ai profili professionali di cui alle lettere A) C) e D) con esclusione, quindi, del profilo B).

Welfare migliore.... (segue da pag.1)

propria salute, avendo il sostegno del Fondo nel momento delle cure o degli annuali controlli preventivi.

Questo rappresenta un fondamentale passo avanti per accrescere le tutele nei riguardi di coloro che applicano il nostro Contratto, generandosi a favore del lavoratore un aiuto tangibile nel sostenere i costi della vita quotidiana legati alla sanità.

(La Presidenza)

PRESTAZIONI EROGATE AI DIPENDENTI DAL FONDO SANITARIO (Piano Sanitario)(1)	EROGAZIONE	GESTIONE	DESTINATARI
1. indennità giornaliera per ricovero per grande intervento chirurgico (2)	Rimborso	Cassa Portieri	Profili: Tutti
2. ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio (2)	Diretta	Centrale Operativa	Profili: Tutti
3. prestazioni di alta specializzazione	Diretta(3)	Centrale Operativa(3)	Profili: Tutti
4. visite specialistiche presso rete convenzionata	Diretta	Centrale Operativa	Profili: Tutti
5. tickets per accertamenti diagnostici e visite specialistiche presso il SSN	Rimborso	Cassa Portieri	Profili: Tutti
6. rimborso lenti ed occhiali	Rimborso	Cassa Portieri	Profili: Tutti
7. pacchetto maternità	Rimborso	Cassa Portieri	Profili: Tutti
8. trattamenti fisioterapici riabilitativi solo a seguito di infortunio	Diretta	Centrale Operativa	Profili: Tutti
9. prestazioni odontoiatriche particolari	Diretta	Centrale Operativa	Profili: Tutti
10. prestazioni odontoiatriche a tariffe agevolate	(4)	Centrale Operativa	Profili: Tutti
11. prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione)	Diretta	Centrale Operativa	Profili: Tutti
PRESTAZIONI EROGATE AI DIPENDENTI DAL FONDO MALATTIA E DI ASSISTENZA INTEGRATIVA	TIPO	GESTIONE	DESTINATARI
12. assegno di nascita	Rimborso	Cassa Portieri	Profili: A),C),D)
13. contributo spese funerarie	Rimborso	Cassa Portieri	Profili: A),C),D)
14. contributo familiari portatori di invalidità	Rimborso	Cassa Portieri	Profili: A),C),D)
15. contributo per figli portatori di invalidità	Rimborso	Cassa Portieri	Profili: A),C),D)
PRESTAZIONI EROGATE AI DATORI DI LAVORO DAL FONDO MALATTIA E DI ASSISTENZA INTEGRATIVA	TIPO	GESTIONE	DESTINATARI
16. indennità malattia	Rimborso	Cassa Portieri	Dat.Lav. A),C),D)
17. rimborso parziale oneri previdenziali	Rimborso	Cassa Portieri	Dat.Lav. A),C),D)
18. rimborso indennità rilascio alloggio	Rimborso	Cassa Portieri	Dat.Lav. A),C),D)

Note: (1) Possono usufruire delle prestazioni del Fondo Sanitario anche i lavoratori appartenenti al profilo B).

(2) Solo per interventi elencati nel Piano Sanitario. (3) Rimborso nel caso di province prive di strutture convenzionate. (4) Tariffa agevolata a carico assistito.

Le due sezioni della CASSA..... (da pag.1)

I due Fondi mantengono, tuttavia, autonomia contabile e patrimoniale e non devono, quindi, essere confusi tra loro.

Il primo è chiamato a gestire i trattamenti tipicamente sanitari o socio-sanitari, mentre il secondo quelli integrativi e/o aggiuntivi delle prestazioni economiche e sociali pubbliche.

E' opportuno evidenziare, perché ciò potrebbe sfuggire, che le due gestioni, oltre ad avere, come visto, finalità diverse hanno anche diversi beneficiari.

Il "Fondo Sanitario", infatti, si rivolge ed eroga le proprie prestazioni a tutti i dipendenti da proprietari di fabbricati, compresi quindi i lavoratori appartenenti al profilo B). Le prestazioni del "Fondo Malattia e di Assistenza Integrativa" riguardano, invece, solo i dipendenti di cui ai profili A), C) e D).

Attenzione, infine, alle differenze contributive tra i due Fondi. Si precisa che la causale "ASPO" di nuova istituzione destinata al finanziamento del Fondo Sanitario (provvedimento dell'Agenda delle Entrate 79/E del 03/09/2015) si affianca e non modifica nè sostituisce le causali "CUST" e "PULI" utilizzate per la contribuzione al "Fondo Malattia e di Assistenza Integrativa" (per un riepilogo delle modalità di versamento dei contributi previsti dal contratto per i dipendenti da proprietari di fabbricati si rimanda alle pagine 3 e 4 del presente Notiziario).


Le nuove prestazioni: a chi rivolgersi

I lavoratori possono fruire delle prestazioni come segue:

a) visite specialistiche ed accertamenti diagnostici presso il SSN (ticket); b) rimborso di lenti ed occhiali; c) pacchetto maternità; d) indennità giornaliera per ricovero per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato al Piano Sanitario); alta specializzazione (in province non servite dalla rete convenzionata);



inviando richiesta di rimborso a
Fondo Sanitario c/o CASSA PORTIERI
C.so Trieste 10 - 00198 ROMA (RM)

e) ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio; f) prestazione di alta specializzazione; g) visite specialistiche; h) trattamenti fisioterapici riabilitativi solo a seguito di infortunio; i) prestazioni odontoiatriche particolari; l) prestazioni odontoiatriche a tariffe agevolate; m) prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione);



contattando la centrale operativa **al numero verde** che sarà messo a disposizione nei giorni precedenti l'attivazione delle garanzie.

n) assegno di nascita; o) contributo figli portatori di invalidità; p) contributo familiari portatori di invalidità; q) contributo spese funerarie;



inviando richiesta di rimborso (modulo MAI) a
Fondo Malattia e Assistenza Integrativa c/o CASSA PORTIERI
C.so Trieste 10 - 00198 ROMA (RM).

ATTENZIONE: Le prestazioni del Fondo Malattia e Assistenza Integrativa sono riservate ai lavoratori appartenenti ai profili A), C) e D) mentre quelle del Fondo Sanitario sono erogate a favore di tutti i lavoratori.

L'utilizzo della posta elettronica risolve molti problemi di comunicazione in modo semplice e rapido. Comunica il tuo indirizzo e-mail a caspo@cassaportieri.it

Per informazioni e chiarimenti sul rapporto di lavoro dei dipendenti da proprietari di fabbricati e sulle norme contrattuali

i Proprietari di Immobili e gli Amministratori di Condominio possono rivolgersi a:

CONFEDILIZIA

Via Borgognona 47 – 00187 Roma
T.06/69942495 - F.06/6796051
www.confedilizia.it

i lavoratori dipendenti da proprietari di fabbricati possono rivolgersi a:

**FILCAMS**

Via Serra, 31
00153 Roma
T.06/5885102
F.06/5885323
www.filcams.cgil.it

**FISASCAT**

Via dei Mille, 56
00185 Roma
T.06/853597
F.06/8558057
www.fisascat.it

**UILTuCS**

Via Nizza, 128
00198 Roma
T.06/84242205
F.06/84242292
www.uiltucs.it

La contribuzione nel Contratto Collettivo Nazionale per i dipendenti da proprietari di fabbricati

Come già evidenziato in altri articoli del presente Notiziario, dal 1° novembre 2015, è operativo il Fondo Sanitario "Sanità portieri" destinato a tutti i dipendenti da proprietari di fabbricati. Conseguentemente, il **16 novembre 2015** scatta l'obbligo di versamento per il periodo pregresso gennaio 2015-ottobre 2015 (si veda l'articolo in prima pagina). Il **16 dicembre 2015** (competenza novembre 2015) parte invece la contribuzione ordinaria (per quanto riguarda le prestazioni erogate si veda l'articolo a pagina 3).

E' opportuno precisare che il **contributo destinato al finanziamento del suddetto Fondo Sanitario (Art. 100 CCNL codice ASPO) non modifica né sostituisce il contributo di assistenza contrattuale già attivo** e destinato al finanziamento degli altri strumenti contrattuali tra i quali il Fondo Malattia Portieri (Art.6 CCNL – codici CUST e PULI).

La contribuzione nel Contratto Collettivo Nazionale per i dipendenti da proprietari di fabbricati viene effettuata attraverso il sistema di pagamento F24 nonché indicata sulla dichiarazione contributiva mensile INPS Uniemens con le modalità che seguono.

A) Compilazione modello F24

- codice Sede: numero di 4 cifre della sede INPS di riferimento della azienda
- causale contributo: codice alfanumerico di 4 caratteri (o cifre). Occorre indicare i seguenti codici

ASPO da utilizzare per i versamenti al **fondo sanitario integrativo (Art.100 CCNL)**. Il codice ASPO va utilizzato con riferimento a **tutti i lavoratori** in forza alla proprietà o condominio indipendentemente dal profilo di inquadramento (quindi profilo B incluso)

CUST da utilizzare per i versamenti del **contributo di assistenza contrattuale (Art.6 CCNL)** con riferimento ai dipendenti di cui ai **profili A), C), D)** della classificazione di cui all'Art.18 CCNL (custodi, amministrativi, addetti alla vigilanza, ecc.) (ex W350);

PULI da utilizzare per i versamenti del **contributo di assistenza contrattuale (Art.6 CCNL)** con riferimento ai dipendenti di cui al **profilo B)** della classificazione di cui all'Art. 18 CCNL (pulitori, manutentori, ecc.) (ex W300).

- matricola Inps: numero di 10 cifre attribuito dall'INPS all'Azienda
- periodo riferimento: periodo cui si riferisce il versamento secondo il formato mm/anno (es. novembre 2015 sarà 11/2015). Lasciare il campo "a" vuoto
- importi a debito: inserire l'importo dovuto per singolo codice calcolato come segue

1) contributo fondo sanitario integrativo (Art.100 CCNL – codice Uniemens/F24 ASPO)

€ 6,00 mensili per ciascun lavoratore in forza

2) contributo di assistenza contrattuale (Art.6 CCNL – codici Uniemens/F24 CUST / PULI)

imponibile previdenziale x 2,10% per CUST
imponibile previdenziale x 0,80% per PULI
(entrambi per 13 mensilità)

Codice		Matricola INPS azienda	Non Valorizzare				
codice sede	causale contributo	matricola INPS/ filiale/azienda	da mm/aaaa	periodo di riferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
ASPO							
CUST							
PULI							
TOTALE					C	D	SALDO (C-D)

Codice sede INPS di competenza

Mese ed anno di competenza

B) Compilazione denuncia mensile contributiva INPS Uniemens

La denuncia contributiva mensile Uniemens, completa dei dati previdenziali ed assicurativi relativi al personale dipendente, mensilmente inviata dal datore di lavoro per via telematica all'INPS, deve riportare, in caso di dipendenti da proprietari di fabbricati, le seguenti informazioni aggiuntive:

All'interno di <Denuncia Individuale>, <Dati Retributivi>, <Dati Particolari>, occorrerà valorizzare l'elemento <ConvBilat> inserendo nell'elemento <Conv>

- in corrispondenza di <CodConv>, il valore **ASPO** nonché il valore **CUST e/o PULI** a seconda dei casi;
- in corrispondenza dell'elemento <Importo> l'importo, calcolato a livello di singolo lavoratore del contributo che poi andrà riportato nel modello F24 suddiviso per singolo codice.

L'elemento <Importo> contiene l'attributo <Periodo> in corrispondenza del quale va indicato il mese di competenza del versamento effettuato con F24, espresso nella forma "AAAA-MM".

C) Importanza della denuncia Uniemens ai fini dell'erogazione delle prestazioni

I dati anagrafici del lavoratore trasmessi attraverso la compilazione della **denuncia mensile INPS Uniemens** sono particolarmente importanti perché consentono la corretta erogazione delle prestazioni del Fondo Sanitario. In particolare, le prenotazioni tramite centrale operativa telefonica effettuate presso la rete di strutture sanitarie convenzionate con la CASSA, non possono essere gestite senza l'identificazione del nominativo dell'iscritto avente diritto.

Ovviamente la generazione del flusso telematico mensile Uniemens, comprensivo delle informazioni sopra riportate, viene eseguita automaticamente dal software della gestione paghe che deve essere quindi adeguatamente configurato per la gestione dei codici di versamento.

Sotto l'aspetto informatico, quindi, il datore di lavoro che vuole aderire correttamente agli obblighi contributivi previsti dal CCNL e garantire il riconoscimento delle prestazioni sanitarie al proprio dipendente deve pertanto attentamente verificare non solo la compilazione del modello F24 ma anche la corretta generazione del flusso telematico Uniemens.

ESEMPIO – SEZIONE UNIEMENS DATI PARTICOLARI -

NEL CASO DI DIPENDENTE DI PROFILO A) CON IMPONIBILE PREVIDENZIALE NEL MESE DI 11/2015 PARI A € 1.000,00

```
<DatiParticolari>
  <ConvBilat>
    <Conv>
      <CodConv>ASPO</CodConv>
      <Importo Periodo="2015-11">6</Importo>
      <CodConv>CUST</CodConv>
      <Importo Periodo="2015-11">21</Importo>
    </Conv>
  </ConvBilat>
</DatiParticolari>
```

NEL CASO DI DIPENDENTE DI PROFILO B) CON IMPONIBILE PREVIDENZIALE NEL MESE DI 11/2015 PARI A € 500,00

```
<DatiParticolari>
  <ConvBilat>
    <Conv>
      <CodConv>ASPO</CodConv>
      <Importo Periodo="2015-11">6</Importo>
      <CodConv>PULI</CodConv>
      <Importo Periodo="2015-11">4</Importo>
    </Conv>
  </ConvBilat>
</DatiParticolari>
```

Gli adempimenti amministrativi in breve



A) L'iscrizione

COMUNICAZIONE DATI: i dati di ciascun dipendente devono essere tempestivamente comunicati al CASSA PORTIERI dal datore di lavoro tramite l'invio dell'apposito **modulo MRD**. Parimenti devono essere tempestivamente comunicate le eventuali variazioni di dati (es. cessazione del rapporto di lavoro, cambio dell'amministratore).

TUTELA DELLA PRIVACY: il datore di lavoro deve altresì trasmettere l'informativa e la dichiarazione di consenso al trattamento dei dati sensibili firmate dal dipendente (**mod. LP/A-B**). Tali documenti sono indispensabili ai sensi del D.Lgs.196/03 sulla tutela della privacy.

I documenti di cui sopra devono essere inviati una sola volta al momento dell'adesione al Fondo e non in occasione di ciascuna singola richiesta di prestazione.

B) La richiesta di rimborso delle prestazioni a favore del datore di lavoro

1) LA RICHIESTA DI RIMBORSO DELL'INDENNITA' DI MALATTIA (Art.8.1 Reg.)

Fatto salvo l'obbligo di tempestiva comunicazione dell'evento malattia da parte dell'interessato (Art.16 Reg.) per la richiesta di rimborso dell'indennità di malattia il datore di lavoro deve inviare alla CASSA il **modulo Mrr.81** con allegata la seguente documentazione:

- l'originale della certificazione medica di cui sopra (quando non già inviata dal dipendente in sede di comunicazione); • (solo nei casi di ricovero) certificazione ospedaliera completa di diagnosi (es. certificato di dimissione con diagnosi, relazione di dimissione) ed eventuali certificati di continuazione convalescenza (anche qui quando non già inviata dal dipendente in sede di comunicazione); • (solo nei casi di infortunio) referto del Pronto Soccorso con unita idonea documentazione (es. verbale incidente, denuncia assicurativa) da dove sia possibile rilevare le modalità dell'infortunio verificatosi;
- copia della ricevuta di pagamento quietanza F24 degli ultimi 3 mesi;
- copia cedolini paga, firmati per ricevuta dal dipendente, relativi ai mesi interessati dal pagamento dell'indennità **ed eventualmente** nel solo caso la richiesta superi i minimi di indennità stabiliti dall'Art.92 del CCNL copia cedolini paga relativi ai 6 mesi precedenti quello di inizio della malattia.

La cartella clinica deve essere inviata dal dipendente **solo quando espressamente richiesta** dal Fondo.

2) LA RICHIESTA DI RIMBORSO DEGLI ONERI PREVIDENZIALI (Art.8.2 Reg.)

Per la richiesta di rimborso degli oneri previdenziali il datore di lavoro deve inviare alla CASSA il **modulo Mrr.82** ed allegare la seguente documentazione: • copia della ricevuta di pagamento quietanza F24 dei mesi relativi al periodo di malattia collegato.

3) L'INDENNITA' DI RILASCIO ALLOGGIO (Art.8.3 Reg.)

Per la richiesta di rimborso dell'indennità di rilascio alloggio il datore di lavoro deve inviare alla CASSA il **modulo Mrr.83** con allegata la seguente documentazione:

- certificato di morte del dipendente • stato di famiglia del dipendente • copia della ricevuta di pagamento quietanza F24 relativa al mese precedente a quello in cui è avvenuto il decesso • copia del documento comprovante l'avvenuto pagamento agli aventi diritto dell'indennità di rilascio alloggio (su modulo conforme contenente anche l'autorizzazione ai sensi della legge sulla privacy) • dichiarazione del datore di lavoro, sotto la propria personale responsabilità, di aver corrisposto l'indennità in questione alle persone conviventi nell'alloggio rilasciato da almeno sei mesi precedenti il decesso con piena manleva della Cassa Portieri al riguardo.

C) La richiesta di rimborso delle prestazioni a favore dei dipendenti

1) LA RICHIESTA DI RIMBORSO DELL'ASSEGNO DI NASCITA

Per la richiesta di rimborso dell'assegno di nascita il lavoratore deve inviare alla CASSA il **modulo MAI** con allegata la seguente documentazione: • certificato di nascita del nuovo nato; • stato di famiglia; • dichiarazione di regolarità contributiva firmata dal proprio datore di lavoro.

2) LA RICHIESTA DI RIMBORSO DEL CONTRIBUTO PER FIGLI O FAMILIARI PORTATORI DI INVALIDITA'

Per la richiesta di rimborso dell'assegno di nascita il lavoratore deve inviare alla CASSA il **modulo MAI** con allegata la seguente documentazione: • certificazione della competente ASL attestante i requisiti minimi di invalidità civile richiesti; • stato di famiglia; • copia ultima certificazione fiscale rilasciata dal proprio datore di lavoro (modello CU) od altra idonea documentazione fiscale da dove risulti il carico fiscale del soggetto richiedente il contributo; • dichiarazione di regolarità contributiva firmata dal datore di lavoro.

3) LA RICHIESTA DI RIMBORSO DEL CONTRIBUTO PER SPESE FUNERARIE

Per la richiesta di rimborso dell'assegno di nascita il lavoratore deve inviare alla CASSA il **modulo MAI** con allegata la seguente documentazione: • certificato di morte; • stato di famiglia; • dichiarazione di regolarità contributiva firmata dal proprio datore di lavoro.

4) LA RICHIESTA DI RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI MEDICHE (QUANDO PREVISTA DAL PIANO SANITARIO)

La richiesta di rimborso per le spese sanitarie è necessaria solo quando espressamente prevista dal Piano Sanitario. I casi sono i seguenti: • ticket SSN; • lenti e/o occhiali da vista; • prestazioni del pacchetto maternità; • visite specialistiche di alta specializzazione (in caso di province non servite da strutture convenzionate); • indennità di ricovero per grandi interventi.

Tutte le altre prestazioni sanitarie previste dal Piano Sanitario sono erogate in forma diretta e non necessitano di alcuna richiesta di rimborso. E' sufficiente prenotarsi presso il numero verde della centrale operativa ed effettuare la prestazione. Le spese sono direttamente liquidate dal Fondo Sanitario.

Le prestazioni erogate dal Fondo Sanitarie (di cui al punto 4) spettano anche ai lavoratori di profilo B)



CASSA PORTIERI FONDO “SANITA’ PORTIERI”

**PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA E DI ASSISTENZA
SOCIALE A RILEVANZA SANITARIA
(O NOMENCLATORE DELLE PRESTAZIONI GARANTITE)**

Il presente Piano Sanitario costituisce parte integrante del Regolamento della Sezione “Sanità Portieri” come previsto dall’Art.9 dello stesso.

1. GARANZIE PRESTATE E MODALITA' DI USUFRUZIONE

Le garanzie sono prestate in caso di malattia e in caso di infortunio, **a favore dei lavoratori iscritti al Fondo Sanità Portieri in regola con i versamenti** per le spese sostenute per:

- indennità giornaliera per ricovero per grande intervento chirurgico (garanzia operante solamente per i ricoveri a seguito degli interventi contenuti nell'elenco allegato in calce);
- ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio (garanzia operante solamente per i ricoveri a seguito degli interventi contenuti nell'elenco allegato);
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche presso rete convenzionata;
- tickets per accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati presso il S.S.N.;
- rimborso lenti ed occhiali;
- pacchetto maternità;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi solo a seguito di infortunio;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- prestazioni odontoiatriche a tariffe agevolate;
- prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione);
- servizi di consulenza.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'iscritto può rivolgersi a seconda dei casi presso:

- a)** Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con il Fondo.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con il Fondo è necessario contattare la centrale operativa e prenotare la prestazione (si veda la procedura al punto 11.1). Il pagamento avviene direttamente a cura del Fondo (prestazione erogata in forma diretta).

- b)** Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con il Fondo.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con il Fondo, ivi comprese quelle pubbliche tramite il Servizio Sanitario Nazionale, sarà cura dell'interessato effettuare la prestazione e successivamente chiedere il rimborso (si veda la procedura al punto 11.2) (prestazione erogata in forma rimborsuale).

ATTENZIONE: Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

2. RICOVERO

2.1 INDENNITA' GIORNALIERA PER RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (VEDI ELENCO ALLEGATO)

In caso di ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato), l'iscritto avrà diritto a un'indennità di **€. 40,00 per ogni giorno di ricovero** per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.

La garanzia viene erogata indipendentemente dal fatto che il ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata.

La prestazione viene erogata all'iscritto dietro apposita

domanda (si veda la procedura di cui al punto 11.2 - richiesta della prestazione tramite centrale operativa).

2.3 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO (PER RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO COME DA ELENCO ALLEGATO)

Il Fondo, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, per ricovero indennizzabile, e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, mette a disposizione tramite rete convenzionata, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica.

Il Fondo, tramite la rete convenzionata, concorderà il programma medico/riabilitativo con l'iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Le spese rientranti in tale garanzia vengono liquidate direttamente alle strutture convenzionate interessate a cura del Fondo (si veda la procedura di cui al punto 11.1 - richiesta della prestazione tramite rete convenzionata).

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 3.000,00 per persona.

3. ALTA SPECIALIZZAZIONE

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrasto-grafici) ("anche digitale")

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehrl
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vescicolodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsungrafia

Accertamenti

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con il Fondo, le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente (si veda la procedura di cui al punto 11.1 - richiesta della prestazione tramite rete convenzionata) alle strutture medesime **senza applicazione di nessun scoperto e franchigia**.

Qualora l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, le spese sostenute vengono rimborsate all'iscritto dietro apposita domanda (si veda la procedura di cui al punto 11.2 - richiesta della prestazione tramite centrale operativa) con l'applicazione di uno scoperto pari al 20% con un minimo non indennizzabile pari a € 70,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni sopraindicate corrisponde a €. 500,00 per assicurato.

4. VISITE SPECIALISTICHE PRESSO RETE CONVENZIONATA

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per tutte le visite specialistiche con l'esclusione delle prestazioni odontoiatriche e ortodontiche.

La Garanzia opera in presenza di una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Le visite devono essere necessariamente effettuate presso strutture sanitarie convenzionate con il Fondo ed effettuate da medici con esso convenzionati.

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente (si veda la procedura di cui al punto 11.1 - richiesta della prestazione tramite rete convenzionata) alle strutture medesime **senza applicazione di scoperti o franchigie**.

Numero massimo di visite annue: 3 visite per persona.

5. VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PRESSO IL S.S.N. (TICKETS); RIMBORSO DI LENTI ED OCCHIALI

Il Fondo rimborsa nella misura massima di **€ 400,00 ogni due anni**, in favore degli iscritti con età superiore a 40 anni, le spese sostenute per l'effettuazione di accertamenti sani-

tari del proprio stato di salute presso il Servizio Sanitario Nazionale (Tickets).

Possono essere oggetto di rimborso esclusivamente le spese mediche sostenute di tipo specialistico (visite specialistiche) nonché le spese sostenute per l'effettuazione di una o più analisi specifiche consistenti in via esemplificativa e non tassativa in una delle seguenti: analisi delle urine, sangue, eco doppler, spirometria, ECG sotto sforzo, ecotomografia, esami radiologici e quanto altro in argomento.

Del predetto rimborso biennale di € 400,00 di cui sopra, **€ 100,00** possono essere rimborsati per l'acquisto di occhiali da vista o lenti da vista a seguito di specifica prescrizione medica rilasciata nell'anno di acquisto. Quest'ultimo rimborso potrà aver luogo una sola volta per ogni quadriennio.

Non rientrano tra le spese mediche rimborsabili quelle inerenti a cure estetiche. Non costituisce altresì spesa medica rimborsabile, (con la sola eccezione di occhiali e/o lenti nei limiti sopra visti), l'acquisto di materiale sanitario (prodotti farmaceutici, protesi e similari).

La prestazione viene erogata all'iscritto dietro apposita domanda (si veda la procedura di cui al punto 11.2 - richiesta della prestazione inoltrata direttamente al Fondo Sanitario).

6. PACCHETTO MATERNITA'

Il Fondo provvede al rimborso all'iscritto delle spese sanitarie per le seguenti prestazioni:

In gravidanza

- ecografie di controllo;
- amniocentesi;
- analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza;
- visite specialistiche di controllo sull'andamento della gravidanza;
- in caso di aborto avvenuto dopo il primo trimestre di gravidanza, rientra in copertura l'eventuale successivo trattamento psicoterapico che si renda necessario, fino ad un massimo di 15 sedute per evento.

Durante il ricovero per parto

- corresponsione di un'indennità di €. 70,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 15 giorni per ogni ricovero. Tale indennità verrà corrisposta anche in caso di ricovero per aborto terapeutico.

La prestazione viene erogata all'iscritto dietro apposita domanda (si veda la procedura di cui al punto 11.2 - richiesta della prestazione inoltrata direttamente al Fondo Sanitario).

La garanzia è prestata fino a un massimo di €. 700,00 per anno assicurativo e per persona.

7. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da medico "di famiglia" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della

riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

Rientrano nella garanzia solo ed esclusivamente i trattamenti effettuati presso strutture sanitarie convenzionate con il Fondo.

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono direttamente liquidate alle strutture medesime a cura del Fondo (si veda la procedura di cui al punto 11.1 - richiesta della prestazione tramite rete convenzionata) **senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'interessato.**

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 350,00 per persona.

8. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto all'art.13 "Esclusioni dall'assicurazione", punto 3, il Fondo provvede al pagamento, nella misura del 50%, del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con il Fondo indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione (si veda la procedura di cui al punto 11.1 - richiesta della prestazione tramite rete convenzionata).

Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto" sotto indicate sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

- Ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Il Fondo provvederà al pagamento della prestazione fino ad un **massimo di € 60,00.**

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'iscritto, il medico della struttura convenzionata riscontri la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, il Fondo provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

Restano invece a carico dell'iscritto, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

9. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE A TARIFFE AGEVOLATE

Qualora una prestazione odontoiatrica (sono escluse le prestazioni di tipo estetico) non sia in copertura perché non prevista dal Piano Sanitario o per esaurimento del massimale e rimanga a totale carico dell'iscritto, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa (si veda la procedura di cui al punto 11.1 - richiesta della prestazione tramite rete convenzionata) la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della rete convenzionata, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli

iscritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

10. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (PREVENZIONE)

Il Fondo provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione (si veda la procedura di cui al punto 11.1 - richiesta della prestazione tramite rete convenzionata). Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazione previste per gli uomini

- 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
- PSA

Prestazione previste per le donne

- 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
- pap-test

11. RICHIESTA DELLA PRESTAZIONE E MODALITA' DI RIMBORSO

11.1 PRESTAZIONE EFFETTUATA TRAMITE STRUTTURA CONVENZIONATA E MODALITA' DI PAGAMENTO

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con il Fondo l'iscritto dovrà preventivamente **contattare l'apposita centrale operativa al numero verde gratuito** che sarà messo a disposizione degli iscritti.

Gli operatori verificata la compatibilità della prestazione con il Piano Sanitario provvederanno alla prenotazione c/o il centro prescelto.

All'atto dell'effettuazione della prestazione l'iscritto dovrà presentare un documento comprovante la propria identità e quando previsto, la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di prestazione effettuata tramite strutture convenzionate le spese vengono direttamente liquidate alle strutture medesime a cura del Fondo.

11.2 PRESTAZIONE EFFETTUATA PRESSO STRUTTURE NON CONVENZIONATE OPPURE PRESSO IL SSN E MODALITA' DI RICHIESTA RIMBORSO

Nel caso, invece di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con il Fondo, ivi comprese quelle pubbliche tramite il Servizio Sanitario Nazionale, sarà cura dell'interessato usufruire della prestazione e successivamente chiedere il rimborso. A tal fine è necessario inviare una apposita richiesta di rimborso completa della seguente documentazione:

- modulo di domanda debitamente compilato e sottoscritto;
- in caso di ricovero copia della cartella clinica completa della scheda di dimissione ospedaliera;
- in caso di prestazioni di alta specializzazione (punto 3) copia della prescrizione contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione;
- fotocopia della documentazione relativa alle spese sostenute (fatture e/o ricevute di pagamento quietanzate);
- copia ultima busta paga.

Nel caso della garanzia di cui al punto 2.1 (INDENNITA' GIORNALIERA PER RICOVERO) e 3 (ALTA SPECIALIZZAZIONE ESEGUITA IN PROVINCIA NON COPERTA DALLA RETE) la richiesta deve essere indirizzata a:

Fondo "Sanità Portieri"
c/o CASSA PORTIERI centrale operativa
C.so Trieste, 10 – 00198 ROMA.

Nel caso della garanzia di cui ai punti 5. (TICKETS VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PRESSO IL S.S.N. - RIMBORSO LENTI ED OCCHIALI) e 6 (PACCHETTO MATERNITA') la richiesta deve essere indirizzata a:

Fondo "Sanità Portieri"
c/o CASSA PORTIERI
C.so Trieste, 10 – 00198 ROMA.

12. SERVIZI DI CONSULENZA

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde che sarà messo a disposizione degli iscritti, dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia anch'esso messo a disposizione degli iscritti.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione

sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

13. ESCLUSIONE DALLE GARANZIE

Il Piano Sanitario non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, compresi nell'elenco dei grandi interventi chirurgici, resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali, ad esempio, gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'iscritto;
12. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'iscritto con dolo o colpa grave;

13. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
14. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
15. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale.
16. le prestazioni non espressamente previste dal presente Piano Sanitario.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

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

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

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

CHIRURGIA DEL COLLO

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi

- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

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

UROLOGIA

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

GINECOLOGIA

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

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megaretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti