REGOLAMENTO

1 ottobre 2026

Sede legale e Uffici: Via S. Francesco d'Assisi, 8 – 24121 Bergamo – Tel. 035393025 – 035393658 – C.F. 95015690167
fondo.malattia@bancobpm.it - fiamcb@pec.bancobpmspa.it
www.welfare.bancopopolare.it - www.fiamonline.com

Art. 1 - Principi generali

Il presente Regolamento disciplina il funzionamento del "Fondo Integrativo Assistenza Malattia", denominato in seguito più brevemente Fondo.

Esso è emanato in diretta attuazione dello Statuto del Fondo.

Art. 2 – Modalità di adesione al Fondo/Penali/Recesso

Le domande di iscrizione al Fondo da parte dei lavoratori assunti dalla Banca o dal Fondo stesso devono essere presentate alla Segreteria del Fondo entro 90 giorni dal completamento del periodo di prova o dalla data di assunzione per coloro che non sono tenuti ad effettuare il periodo di prova.

I lavoratori assunti a tempo determinato possono iscriversi anche al momento dell'eventuale conferma a tempo indeterminato senza l'applicazione della penale, di cui all'art. 2 dello Statuto.

La decorrenza dell'iscrizione è quella corrispondente all'insorgere del diritto di iscrizione al Fondo ed il contributo a carico dell'Associato va versato a partire dal mese in cui sorge tale diritto.

La penale di cui all'ultimo comma dell'art. 2 dello Statuto (iscrizione oltre i termini), è fissata in Euro 400.

Il recesso dal Fondo, di cui all'art. 4 dello Statuto, deve essere comunicato a mezzo raccomandata, con almeno 90 giorni di preavviso.

Il recesso dal Fondo, di cui all'art. 2, punto c) dello Statuto, deve essere comunicato a mezzo raccomandata entro 90 giorni dalla cessazione del rapporto di lavoro.

Art. 3 - Variazioni del nucleo familiare/Penali

Ogni variazione relativa ai componenti del nucleo familiare deve essere comunicata al Fondo entro 90 giorni.

Nel caso di iscrizione di un Familiare, la decorrenza è quella del giorno in cui è intervenuta la variazione (nascita, matrimonio, ecc.) ed il relativo contributo va versato a partire dal mese in cui si è verificata la variazione stessa. L'iscrizione del Familiare è subordinata alla presentazione di idonea documentazione richiesta dal Consiglio.

Nel caso di cessazione di un Familiare, la decorrenza è quella del giorno in cui sono venuti meno i requisiti per la permanenza nel Fondo o in cui viene fatta richiesta di esclusione ed il pagamento del contributo cessa a partire dal mese successivo.

Nel caso in cui l'iscrizione del Familiare avvenisse oltre il termine di 90 giorni, l'Associato è tenuto al versamento di una penale, di cui all'ultimo comma dell'art. 3 dello Statuto, fissata in Euro 100; l'iscrizione del Familiare decorrerà dalla data in cui è intervenuta la variazione (nascita, matrimonio, convivenza di fatto, ecc.) e il contributo a carico dell'Associato, rideterminato in base alla sola nuova classe di appartenenza, sarà calcolato a partire dal mese in cui è insorto il diritto all'iscrizione del Familiare stesso e avendo a riferimento l'ultima retribuzione imponibile utile; il Familiare potrà beneficiare delle integrazioni economiche del Fondo – relative alle prestazioni previste dai capitoli di spesa del presente Regolamento - per le spese sanitarie sostenute a decorrere dal mese di accoglimento della richiesta di iscrizione che sarà perfezionata a fronte del versamento da parte dell'Associato di quanto dovuto.

Art. 4 - Contribuzione a carico degli Associati

Al fine della determinazione della contribuzione a carico dell'Associato, sono stabilite, in relazione al numero dei componenti il nucleo familiare beneficiario del Fondo, le seguenti quattro classi di appartenenza:

- Classe A Associato senza familiari
- Classe B Associato con un familiare
- Classe C Associato con due familiari
- Classe D Associato con tre o più familiari.

La contribuzione a carico degli Iscritti al Fondo è calcolata applicando una percentuale variabile in relazione alle seguenti classi di appartenenza:

per gli Associati in servizio e nel "Fondo di solidarietà" (in presenza del contributo aziendale):

- Classe A 1,10%
- Classe B 1,30%
- Classe C 1,55%
- Classe D 1,85%

per gli Associati in quiescenza e gli Associati di cui all'art. 2 punto e) dello Statuto:

- Classe A 2,10%
- Classe B 2,30%
- Classe C 2,55%
- Classe D 2,85%

per gli Associati in attesa del percepimento della pensione (cd. finestre) e per i quali non si riceve contributo aziendale:

- Classe A 3,10%
- Classe B 3,30%
- Classe C 3,55%
- Classe D 3,85%

Tali percentuali sono applicate mensilmente con le seguenti modalità:

a) per gli Associati in servizio, tramite trattenuta in busta paga sulle voci retributive stabilite dai contratti collettivi ed accordi tra le Rappresentanze Sindacali Aziendali e la Banca;

b) per gli Associati cessati dal servizio a seguito di processi di agevolazione all'esodo e ammessi a fruire delle prestazioni del Fondo di solidarietà di settore, sull'importo lordo dell'assegno straordinario di sostegno al reddito, corrisposto dal Fondo di solidarietà in ottemperanza alle disposizioni normative tempo per tempo vigenti;

c) per gli Associati in attesa del percepimento della pensione, sull'ultima retribuzione percepita

d) per gli Associati con contratto a tempo parziale, sulla retribuzione teorica a tempo pieno;

e) per gli Associati in quiescenza, sulla pensione lorda INPS, su redditi da lavoro dipendente o assimilati (collaborazioni, ecc.) e su altre pensioni. In ogni caso la base imponibile non potrà essere inferiore all'importo retributivo tabellare corrispondente alla 3a Area professionale, 2° Livello retributivo con 1 scatto di anzianità, stabilito dal CCNL per i quadri direttivi e per il personale delle aree professionali applicabile ai dipendenti della Banco BPM, tempo per tempo vigente.

f) per le persone di cui all'art. 2 punto e) dello Statuto sul reddito assoggettabile all'IRPEF, al lordo degli oneri deducibili. In ogni caso la base imponibile non potrà essere inferiore all'importo retributivo tabellare corrispondente alla 3a Area professionale, 2° Livello retributivo con 1 scatto di anzianità, stabilito dal CCNL per i quadri direttivi e per il personale delle aree professionali applicabile ai dipendenti della Banco BPM, tempo per tempo vigente.

Per i Familiari di cui all'art. 3 dello Statuto, l'Associato è tenuto al versamento di una contribuzione supplementare stabilita in base al reddito complessivo* del familiare stesso e riferita alle seguenti fasce di reddito:

da Euro	4.000,00	a Euro	7.800,00	Euro 3,00	mensili	(36 annui)
da Euro	7.800,01	a Euro	10.400,00	Euro 5,00	mensili	(60 annui)
da Euro	10.400,01	a Euro	13.000,00	Euro 10,00	mensili	(120 annui)
da Euro	13.000,01	a Euro	15.500,00	Euro 10,00	mensili	(120 annui)
da Euro	15.500,01	a Euro	18.100,00	Euro 15,00	mensili	(180 annui)
da Euro	18.100,01	a Euro	20.700,00	Euro 20,00	mensili	(240 annui)
da Euro	20.700,01	a Euro	25.900,00	Euro 25,00	mensili	(300 annui)
da Euro	25.900,01	a Euro	31.000,00	Euro 25,00	mensili	(300 annui)
da Euro	31.000,01	a Euro	37.000,00	Euro 30,00	mensili	(360 annui)
da Euro	37.000,01	a Euro	40.000,00	Euro 35,00	mensili	(420 annui)
da Euro	40.000,01	a Euro	50.000,00	Euro 45,00	mensili	(540 annui)
da Euro	50.000,01	a Euro	60.000,00	Euro 55,00	mensili	(660 annui)
da Euro	60.000,01	a Euro	80.000,00	Euro 65,00	mensili	(780 annui)
oltre Euro	80.000,00			Euro 80,00	mensili	(960 annui)

La contribuzione supplementare è applicata con decorrenza ottobre-settembre dell'anno successivo, in riferimento ai redditi dell'anno precedente.

(*) per reddito complessivo si intende l'insieme dei redditi prodotti dal Familiare, nell'anno fiscale di riferimento, appartenenti alle seguenti tipologie:

- redditi da lavoro dipendente e assimilati (sono ricomprese in questa tipologia le pensioni INPS);
- redditi dei terreni e dei fabbricati (in questa tipologia è incluso il reddito derivante dall'applicazione della cedolare secca);
- redditi da attività di lavoro autonomo occasionale;
- redditi di partecipazione in società di persone e assimilate;
- redditi derivanti dall'esercizio di attività d'impresa, arti o professioni;
- redditi derivanti dall'esercizio di attività d'impresa, arti o professioni in regime fiscale forfetario o in regime fiscale di vantaggio per l'imprenditoria giovanile e lavoratori in mobilità;
- redditi prodotti all'estero.

Tale reddito deve essere autocertificato ogni anno dall'Associato e può essere sottoposto a controlli a campione mediante richiesta della dichiarazione dei redditi.

Per i Familiari di cui all'art. 3 dello Statuto, punti b) e c), l'Associato è tenuto comunque al versamento di una addizionale non inferiore a Euro 10 mensili (120 Euro annui) al compimento dei 26 anni di età.

L'Associato assente dal servizio senza retribuzione, con diritto alla conservazione del posto di lavoro e in assenza di contribuzione aziendale, rimane iscritto al Fondo per un periodo massimo di 18 mesi dietro versamento della quota a proprio carico, calcolata sull'ultima retribuzione percepita.

Qualora l'assenza dal servizio si protragga oltre i 18 mesi, vengono sospese sia la contribuzione, sia le prestazioni, salvo il rientro in Azienda dell'Associato.

Nei casi di assenza dal servizio per motivi di salute (dell'Associato o di un suo Familiare iscritto al Fondo che necessita di assistenza), anche se l'assenza stessa si protrae oltre i 18 mesi, l'Associato, può continuare a beneficiare delle prestazioni del Fondo. Sarà compito del Consiglio d'Amministrazione fissare la contribuzione da applicare.

Nel caso di coniugi entrambi dipendenti della Banca, viene data la possibilità di scegliere tra:

- iscriversi singolarmente al Fondo;
- iscriversi come unico nucleo familiare.

Art. 5 – Integrazioni economiche a favore degli Associati

Al fine della determinazione delle integrazioni economiche erogate dal Fondo, sono stabilite, in relazione al numero dei componenti il nucleo familiare beneficiario del Fondo, le seguenti quattro classi di appartenenza:

- Classe A Associato senza familiari
- Classe B Associato con un familiare
- Classe C Associato con due familiari
- Classe D Associato con tre o più familiari.

Le integrazioni economiche del Fondo sono a beneficio degli Associati e dei loro Familiari secondo le classi di appartenenza, nei limiti complessivi di importo, di tempo e con l'eventuale deduzione di franchigia, così come previsto dai capitoli di spesa sotto elencati.

Nel caso di adesione al Fondo in corso d'anno, gli importi dei massimali a favore dell'Associato e dei suoi Familiari sono calcolati in dodicesimi rispetto alla data di iscrizione (i massimali con validità biennale o triennale sono calcolati in 24esimi e 36esimi). Le percentuali di rimborso e le franchigie sono invece applicati per l'intero importo.

Nel caso di variazione di classe in corso d'anno, si applicano automaticamente i massimali e le franchigie riferiti alla nuova classe di appartenenza.

Nel caso di prestazioni parzialmente rimborsate dal Servizio Sanitario Nazionale, o da Assicurazioni o da altri soggetti, a favore degli Associati o dei loro Familiari, il Fondo calcola il rimborso sulla parte di spesa rimasta a carico del Beneficiario.

Sono rimborsabili le prestazioni effettuate dopo la data di iscrizione al Fondo.

Eventuali integrazioni economiche per prestazioni sanitarie non contemplate nel presente Regolamento, su richiesta degli Associati, possono essere deliberate dal Consiglio di Amministrazione.

Il Fondo, di norma, non rimborsa interventi, cure o applicazioni di carattere estetico.

Le richieste di rimborso – comprese quelle relative al capitolo 9 (Farmaci) - devono essere presentate al Fondo entro due mesi dalla data della fattura/ricevuta fiscale ed esclusivamente con le modalità stabilite dal Consiglio.

Le richieste di rimborso relative a prestazioni fatturate nel mese di dicembre e quelle relative al capitolo 9 (Farmaci) devono essere presentate al Fondo entro il termine ultimo del 31 gennaio dell'anno successivo.

Le richieste di rimborso che dovessero pervenire al Fondo oltre i termini previsti potranno accedere esclusivamente alla prestazione ASA.

Le integrazioni economiche del Fondo vengono previste per le spese relative ai seguenti capitoli di prestazioni:

CAPITOLO 1 - CURE DENTARIE

Prestazioni rimborsate:

- spese per cure odontoiatriche e stomatologiche di prevenzione, mantenimento e ricostruzione;
- fornitura, inserimento ed adattamento di protesi permanenti, fisse o mobili;
- fornitura, installazione e controllo di apparecchi ortodontici.

Nomenclatore:

Tariffario delle Prestazioni Odontoiatriche (all.n.1 del Regolamento)

Rimborso: percentuali e importi definiti dal **"Tariffario delle Prestazioni Odontoiatriche"** (all.n.1 del Regolamento).

Massimali:

Classe A	Euro	3.500	triennale	(limite per singolo Beneficiario Euro 3.500)
Classe B	Euro	4.500	triennale	(limite per singolo Beneficiario Euro 3.500)
Classe C	Euro	5.500	triennale	(limite per singolo Beneficiario Euro 3.500)
Classe D	Euro	6.500	triennale	(limite per singolo Beneficiario Euro 3.500)

Franchigia: non prevista

Documenti da allegare alla richiesta di rimborso:

1) regolare fattura, o altro documento valido ai fini fiscali, in originale, rilasciata dal professionista, medico specialista, o da struttura autorizzata;
2) apposito modulo di specifica delle prestazioni, compilato in ogni sua parte;

CAPITOLO 2 - LENTI ED OCCHIALI

Prestazioni rimborsate:

- acquisto di lenti graduate e montature per occhiali da vista;
- lenti a contatto e relativi liquidi.

Nomenclatore:

2.1	Occhiali da vista
2.2	Lenti a contatto

Rimborso: 60%

Massimali:

Classe A	Euro	400	biennale (limite per singolo Beneficiario Euro 400)
Classe B	Euro	600	biennale (limite per singolo Beneficiario Euro 400)
Classe C	Euro	700	biennale (limite per singolo Beneficiario Euro 400)
Classe D	Euro	800	biennale (limite per singolo Beneficiario Euro 400)

Franchigia: non prevista

Documenti da allegare alla richiesta di rimborso:

1) regolare fattura o ricevuta valida ai fini fiscali, in originale, con indicazione della gradazione delle lenti (oppure con allegata prescrizione dell'oculista o dell'ottico). Per le lenti a contatto è possibile allegare la fustella con la gradazione, se non indicata in fattura;

CAPITOLO 3 - VISITE MEDICO SPECIALISTICHE E DIAGNOSTICA PRIVATA

Prestazioni rimborsate:

- onorari e spese per visite specialistiche e/o generiche, consulti da biologo nutrizionista, consulti effettuati da iscritti alle professioni sanitarie riconosciute dal Ministero della salute ecografie, analisi, radiografie, test allergologici ed altri esami e prestazioni di diagnostica.

Prestazioni escluse:

spese relative a rinnovo patente, visite medico legali, rilascio di certificati

Nomenclatore:

3.1	Visite specialistiche private
3.2	Diagnostica strumentale privata (ecografie, rx, ECG, Doppler, MOC)
3.3	Diagnostica di laboratorio privata
3.4	Visita omeopatica/biologo nutrizionista/dietista/ostetrica/podologo
3.5	Vaccinazioni non obbligatorie

Rimborso: 70%

Massimali:

Classe A	Euro	500	annuale (limite per singolo Beneficiario Euro 500)
Classe B	Euro	600	annuale (limite per singolo Beneficiario Euro 500)
Classe C	Euro	750	annuale (limite per singolo Beneficiario Euro 500)
Classe D	Euro	800	annuale (limite per singolo Beneficiario Euro 500)

Franchigia: Euro 15 per singola prestazione

Documenti da allegare alla richiesta di rimborso:

1) regolare fattura o ricevuta valida ai fini fiscali, in originale, con specifica delle prestazioni;
2) per i consulti NON effettuati da medici allegare anche la prescrizione medica, che sarà tenuta valida per i consulti effettuati entro un anno dalla data del rilascio.

CAPITOLO 4 - ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PARTICOLARMENTE ONEROSI

Prestazioni rimborsate:

- Tomografie Assiali Computerizzate (TAC), PET, Risonanze magnetiche nucleari (RMN), Amniocentesi, Villocentesi, test DNA prenatale e similari, diagnostica endoscopica, agoaspirato, biopsia (esclusa la dermatochirurgia ambulatoriale) ed altri singoli accertamenti diagnostici di importo uguale o superiore a Euro 350.

Nomenclatore:

4.1	Diagnostica per immagini (Risonanza, TAC, PET)
4.2	Diagnostica endoscopica (gastroscopia, colonscopia)
4.3	Diagnostica molecolare e genetica (test DNA)
4.4	Diagnostica prenatale invasiva (amniocentesi, villocentesi)

Rimborso: 70%

Massimali: Euro 520 per singola prestazione

Franchigia: Euro 15 per singola prestazione

Documenti da allegare alla richiesta di rimborso:

1) regolare fattura o ricevuta valida ai fini fiscali, in originale, con specifica delle prestazioni.
2) Prescrizione medica.

CAPITOLO 5 - CURE SPECIALISTICHE

Prestazioni rimborsate:

- trattamenti specialistici quali sclerosanti, infiltrazioni, fisiokinesiterapia, massoterapia, mesoterapia, pressoterapia, agopuntura (solo se effettuata da medico chirurgo), riflessologia plantare (solo se effettuata da medico chirurgo), cure podologiche, ossigenoterapia, cure termali (escluse spese di soggiorno) ed altre cure e prestazioni specialistiche. Le prestazioni devono essere fornite da iscritti alle professioni sanitarie riconosciute dal Ministero della Salute.
- trattamenti di chiropratica e osteopatia;
- noleggio di apparecchiature per terapie domiciliari.

Nomenclatore:

5.1	Fisioterapia per patologia
5.2	Fisioterapia post infortunio
5.3	Terapie fisiche e strumentali (tecar, laser, tens, onde d'urto, magnetoterapia)
5.4	Infiltrazioni e procedure ambulatoriali (mesoterapia, sclerosanti)
5.5	Agopuntura, chiropratica, osteopatia, cure podologiche, cure ostetriche
5.6	Cure termali private

Rimborso: 70%

Massimali:

Classe A	Euro	600	annuale (limite per singolo Beneficiario Euro 600)
Classe B	Euro	700	annuale (limite per singolo Beneficiario Euro 600)
Classe C	Euro	850	annuale (limite per singolo Beneficiario Euro 600)
Classe D	Euro	1.000	annuale (limite per singolo Beneficiario Euro 600)

Franchigia: Euro 50 per singolo Beneficiario

Documenti da allegare alla richiesta di rimborso:

1) regolare fattura o ricevuta valida ai fini fiscali, in originale, con specifica delle prestazioni, rilasciata da strutture od operatori qualificati;
2) prescrizione medica in originale con indicazione della patologia. La prescrizione sarà tenuta valida per le cure effettuate entro un anno dalla data del rilascio. Non occorre la prescrizione quando la prestazione è fornita e fatturata da un medico con specializzazione nella patologia trattata.

CAPITOLO 6 - VISITE, ECOGRAFIE E SPESE PER GRAVIDANZA

Prestazioni rimborsate:

- visite specialistiche, ecografie e spese attinenti alla gravidanza.

Nomenclatore:

6.1	Visite ostetrico-ginecologiche in gravidanza
6.2	Ecografie in gravidanza (morfologica, biometrica)
6.3	Esami di laboratorio in gravidanza

Rimborso: 70%

Massimali: Euro 300 annuale

Franchigia: Euro 15 per singola prestazione

Documenti da allegare alla richiesta di rimborso:

1) regolare fattura o ricevuta valida ai fini fiscali, in originale, con specifica delle prestazioni.

CAPITOLO 7 - PSICOTERAPIA E TERAPIE PER DISABILITA' DI TIPO COGNITIVO, PSICOMOTORIO E DEL LINGUAGGIO

a) Prestazioni rimborsate:

- psicoterapia, trattamenti di igiene mentale.

Nomenclatore:

7.1	Psicoterapia individuale strutturata
7.2	Psicoterapia di coppia o familiare
7.3	Valutazione neuropsicologica, test e diagnosi
7.7	Terapia occupazionale

Rimborso: 50%

b) Prestazioni rimborsate:

- sedute di psicomotricità, logopedia e trattamenti DSA (Disturbi Specifici dell'Apprendimento), dislessia, disgrafia e similari.

Nomenclatore:

7.4	Logopedia
7.5	Trattamenti DSA, dislessia, disgrafia, discalculia
7.6	Psicomotricità e terapia neuropsicomotoria dell'età evolutiva

Rimborso: 60%

Con riferimento all'importo complessivo delle prestazioni rimborsate alle lettere a) e b):

Massimali:

Classe A	Euro	1.900	annuale (limite per singolo Beneficiario Euro 1.900)
Classe B	Euro	2.500	annuale (limite per singolo Beneficiario Euro 1.900)
Classe C	Euro	3.100	annuale (limite per singolo Beneficiario Euro 1.900)
Classe D	Euro	3.800	annuale (limite per singolo Beneficiario Euro 1.900)

Franchigia: Euro 100 per singolo Beneficiario

Documenti da allegare alla richiesta di rimborso:

1) per prestazioni di psicoterapia e trattamenti di igiene mentale previste alla lettera a)**,** regolare fattura o ricevuta valida ai fini fiscali, in originale, con specifica delle prestazioni;
2) per tutte le altre prestazioni previste alla lettera b), regolare fattura o ricevuta valida ai fini fiscali, in originale, con specifica delle prestazioni e prescrizione medica con indicazione della patologia, che sarà tenuta valida per le prestazioni effettuate entro un anno dalla data del rilascio.

CAPITOLO 8 - TICKET

Prestazioni rimborsate:

- ticket su prestazioni specialistiche.

Prestazioni escluse:

- ticket per rinnovo patente e per il rilascio di certificati

Nomenclatore:

8.1	Ticket diagnostica strumentale
8.2	Ticket diagnostica di laboratorio
8.3	Ticket visite specialistiche
8.4	Ticket prestazioni terapeutiche (fisioterapia, infiltrazioni)
8.5	Ticket prestazioni riabilitative, logopedia

Rimborso: 100%

Massimali: illimitato

Franchigia: Euro 15 per singolo Beneficiario

Documenti da allegare alla richiesta di rimborso:

1) regolare fattura o ricevuta valida ai fini fiscali, in originale, con specifica delle prestazioni.

CAPITOLO 9 - FARMACI

Soggetti beneficiari:

Associati e Familiari con invalidità non inferiore al 60% certificata dalla competente Commissione Medica

Prestazioni rimborsate:

- medicinali elencati nella farmacopea ufficiale, farmaci omeopatici, dispositivi medici e ticket sui farmaci;

Prestazioni escluse:

- acquisto di apparecchiature per aerosol, monitoraggio pressione, ecc.

Nomenclatore:

9.1	Farmaci non SSN e medicinali omeopatici
9.2	Ticket sui farmaci
9.3	Preparazioni galeniche

Rimborso: 70%

Massimali: Euro 800 all'anno per ciascun Beneficiario

Franchigia: Euro 300 per ciascun Beneficiario

Documenti da allegare alla richiesta di rimborso:

1) prescrizione in originale (in fotocopia solo nei casi in cui viene trattenuta dalla farmacia) del proprio medico di base o di uno specialista, con nome e cognome del Beneficiario (la prescrizione sarà tenuta valida per gli acquisti effettuati entro un anno dalla data di rilascio della stessa)
2) scontrino fiscale in originale con codice fiscale del Beneficiario.

CAPITOLO 10 - PROTESI ONEROSE

Prestazioni rimborsate:

- acquisto, sostituzione e riparazione di arti artificiali ed altre protesi sostitutive di parti corporee, non fornite o non interamente rimborsate dal Servizio Sanitario Nazionale

Nomenclatore:

10.1	Protesi onerose per persone con invalidità
10.2	Protesi onerose
10.3	Protesi oculari

Rimborso: 70%

Massimali: Euro 3.000 biennale per persona

Franchigia: non prevista

Documenti da allegare alla richiesta di rimborso:

1) regolare fattura o ricevuta valida ai fini fiscali, in originale, con specifica delle prestazioni;
2) prescrizione del medico di base, o di uno specialista, oppure copia di documenti clinici che ne prevedano l'adozione;
3) copia della domanda di contributo presentata all'ASL ed eventuale risposta.

CAPITOLO 11 - PROTESI NON ONEROSE/AUSILI

Prestazioni rimborsate:

- acquisto, riparazione e noleggio di protesi che sono correttive o protettive di parti corporee (scarpe ortopediche, plantari, tutori, busti, ausili alla deambulazione come stampelle e girelli, ecc.), parrucche per pazienti oncologici – purché classificate come Dispositivo Medico - e ausili per diabetici;

Nomenclatore:

11.1	Ortesi, tutori, ausili
11.2	Plantari ortopedici
11.3	Stampelle, ausili per la deambulazione
11.4	Ausili alla deambulazione per persone con invalidità

Rimborso: 70%

Massimali: Euro 750 all'anno per persona

Franchigia: non prevista

Documenti da allegare alla richiesta di rimborso:

1) regolare fattura o ricevuta valida ai fini fiscali, in originale, con specifica delle prestazioni;
2) prescrizione del medico di base, o di uno specialista, oppure copia di documenti clinici che ne prevedano l'adozione.

CAPITOLO 12 - CARROZZINE PER DISABILI

Prestazioni rimborsate:

- acquisto, riparazione e noleggio di carrozzine per disabili, non fornite o non interamente rimborsate dal Servizio Sanitario Nazionale

Nomenclatore:

12.1	Carrozzine per persone con disabilità

Rimborso: 70%

Massimali: Euro 2.500 biennale per persona

Franchigia: non prevista

Documenti da allegare alla richiesta di rimborso:

1) regolare fattura o ricevuta valida ai fini fiscali, in originale, con specifica delle prestazioni;
2) prescrizione del medico di base, o di uno specialista, oppure copia di documenti clinici che ne prevedano l'adozione
3) copia della domanda di contributo presentata all'ASL ed eventuale risposta.

CAPITOLO 13 - APPARECCHI ACUSTICI

Prestazioni rimborsate:

- acquisto, sostituzione, manutenzione e riparazione di apparecchi acustici

Nomenclatore:

13.1	Apparecchi acustici

Rimborso: 60%

Massimali: Euro 4.000 biennale per persona

Franchigia: non prevista

Documenti da allegare alla richiesta di rimborso:

1) regolare fattura o ricevuta valida ai fini fiscali, in originale;
2) prescrizione del medico di base, o di uno specialista, oppure copia di documenti clinici che prevedano l'adozione della protesi o dell'apparecchio acustico.

CAPITOLO 14 - INTERVENTI E RICOVERI

Prestazioni rimborsate:

- spese per interventi chirurgici (chirurgo, anestesista, sala operatoria, ecc.), compresi interventi chirurgici di natura odontoiatrica quali chirurgie ossee resettive, innesti autogeni e di materiale biocompatibile; sono escluse le prestazioni di chirurgia estetica;
- spese ospedaliere in regime di ricovero di natura non alberghiera (terapie, esami, consulti, ecc.); sono escluse le spese sostenute per parto naturale.
- retta di degenza, con l'esclusione delle spese extra (telefono, televisione, ecc.).

Nomenclatore:

14.1	Piccoli interventi ambulatoriali
14.2	Interventi chirurgici/Spesa ospedaliera
14.3	Interventi in Day Surgery
14.4	Interventi dentistici: innesti ossei, rialzo seno mascellare
14.5	Retta alberghiera maggior comfort
14.6	Degenza in struttura privata

Rimborso: 50%

Massimali: Euro 80 per ogni giorno di degenza per un massimo di 60 giorni all'anno per Beneficiario;

Euro 7.000 per anno per ciascuna classe di appartenenza (il massimale comprende l'intervento e la retta di degenza).

Franchigia: 10% dell'importo chiesto a rimborso con un minimo di Euro 50

Documenti da allegare alla richiesta di rimborso:

1) regolare fattura valida ai fini fiscali, in originale, con la specifica delle prestazioni, separando le spese alberghiere da quelle non alberghiere.
2) impegnativa di ricovero ovvero prescrizione rilasciata dal medico di medicina generale/medico di famiglia; la prescrizione rilasciata dal medico di medicina generale/medico di famiglia può essere sostituita dalla prescrizione del medico specialista.

CAPITOLO 16 - SPESE DI TRASPORTO CON AMBULANZA

Prestazioni rimborsate:

- trasporto con ambulanza per motivi di urgenza, se non pagati dal SSN, di norma, limitatamente ad una percorrenza massima di 100 Km. per ogni trasporto .

Nomenclatore:

16.1	Spese di trasporto con ambulanza

Rimborso: 70%

Massimali: Euro 500 all'anno per ciascuna classe di appartenenza

Franchigia: non prevista

Documenti da allegare alla richiesta di rimborso:

1) regolare fattura o ricevuta valida ai fini fiscali, in originale, con specifica delle prestazioni.

CAPITOLO 17 - PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE DOMICILIARI

Prestazioni rimborsate:

- spese per prestazioni infermieristiche domiciliari prestate da personale che esercita la professione infermieristica.

Prestazioni escluse:

- spese relative ad assistenza infermieristica domiciliare di tipo socio-assistenziale.

Nomenclatore:

17.1	Prestazioni infermieristiche domiciliari
17.2	Assistenza palliativa domiciliare

Rimborso: 70%

Massimali: Euro 5.000 all'anno per ciascuna classe di appartenenza

Franchigia: non prevista

Documenti da allegare alla richiesta di rimborso:

1) regolare fattura o ricevuta valida ai fini fiscali, in originale, con specifica delle prestazioni
2) certificato medico o prescrizione medica.

CAPITOLO 18 - CURA E ASSISTENZA PER INVALIDITA'

Soggetti beneficiari:

Associati e Familiari con invalidità non inferiore al 60% certificata dalla competente Commissione Medica

Prestazioni rimborsate:

- spese per cure specialistiche, visite e diagnostica privata, lenti ed occhiali, cure dentarie, psicoterapia e terapia e terapie di tipo cognitivo (per la parte eccedente i massimali già previsti ai relativi Capitoli);
- spese per terapie specifiche per disabili, quali ippoterapia, Pet-Therapy, musicoterapia, ecc.;
- spese sostenute per l'assistenza specializzata presso strutture socio-assistenziali o a domicilio.

Le spese sono rimborsabili solo se strettamente correlate all'invalidità.

Prestazioni escluse:

- spese relative al ricovero in via permanente in Istituti di cura, Case di riposo, Residenze sanitarie assistenziali o strutture analoghe;
- prestazioni già previste al Capitolo 17.

Nomenclatore:

18.1-5	Prestazioni correlate all'invalidità
18.8	Terapie per persone con disabilità (Pet Therapy, ippoterapia)
18.9	Assistenza specializzata

Rimborso: 50%

Massimali: Euro 5.000 all'anno per persona

Franchigia: non prevista

Documenti da allegare alla richiesta di rimborso:

1) regolare fattura o ricevuta valida ai fini fiscali, in originale;
2) certificazione della Commissione medica dell'Ente pubblico deputato alla erogazione dei Servizi sanitari.

Art. 6 - Regolamento Elettorale

La Commissione Elettorale, nominata dal Consiglio di Amministrazione tra gli Associati al Fondo, è formata da 5 membri ed ha il compito di:

a) comunicare, a mezzo e-mail e/o posta prioritaria e/o circuito di posta interna, a tutti gli Associati, al Consiglio d'Amministrazione, al Collegio dei Revisori ed alle Organizzazioni Sindacali, i termini per le presentazioni delle candidature, le modalità e la data delle votazioni;
b) raccogliere le candidature tra gli Associati in servizio e gli Associati in quiescenza;
c) curare l'espletamento delle procedure elettorali;
d) effettuare lo spoglio non oltre le 48 ore successive alla chiusura dei seggi;
e) redigere apposito verbale dello scrutinio e comunicare i risultati a tutti gli Associati.

Le candidature per il rinnovo dei membri del Consiglio d'Amministrazione e del Collegio dei Revisori vanno presentate alla Commissione Elettorale in forma scritta.

L'elezione del Consiglio di Amministrazione avviene secondo la seguente procedura:

- le candidature per il Consiglio di Amministrazione, raccolte dalla Commissione Elettorale, vanno riunite in due liste, una lista dei candidati Associati in servizio ed una dei candidati Associati in quiescenza;
- le candidature vanno elencate in ordine alfabetico;
- gli Associati in servizio possono esprimere un massimo di 3 preferenze tra i candidati della propria lista;
- gli Associati in quiescenza possono esprimere un massimo di 2 preferenze tra i candidati della propria lista.

Risultano eletti i candidati che per ciascuna lista hanno ottenuto il maggior numero di voti.

L'elezione del Collegio dei Revisori avviene secondo la seguente procedura:

- le candidature, raccolte dalla Commissione Elettorale, vanno raggruppate in due liste, la prima per i candidati da scegliere tra gli Associati al Fondo e la seconda per i candidati da scegliere tra gli iscritti al registro dei Revisori Contabili;
- le candidature vanno elencate in ordine alfabetico;
- gli elettori possono esprimere sino ad un massimo di due preferenze per ciascuna lista.

Risultano eletti i candidati che hanno ottenuto il maggior numero di voti, così suddivisi:

- i primi 3 candidati scelti tra gli Associati al Fondo (2 effettivi e 1 supplente)
- i primi 2 candidati scelti tra gli iscritti al Registro dei Revisori Contabili (1 effettivo e 1 supplente)

L'elezione del nuovo Consiglio di Amministrazione e del Collegio dei Revisori deve avvenire in concomitanza con l'Assemblea Ordinaria dell'anno di scadenza del mandato.

Il Presidente uscente, entro 15 giorni dall'Assemblea Ordinaria, convoca congiuntamente il vecchio ed il nuovo Consiglio per l'insediamento degli eletti ed il passaggio delle consegne.

All. n.1

TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

TIPO DI PRESTAZIONE:	% RIMBORSO	IMPORTO MASSIMO RIMBORSO
Visita	60%	35,00
Rilievo impronte e preparazione modelli di studio	60%	42,00
Rilievo impronte con metodica digitale	60%	70,00
Radiografia endorale	60%	13,00
Radiografia byte wing	60%	15,00
Arcata dentaria completa	60%	50,00
Ortopantomografia	60%	42,00
Posizionamento diga	60%	18,00
Igiene orale e paradontologia		
Ablazione tartaro completa	60%	63,00
Placca di svincolo (Byte)	60%	420,00
Levigatura delle radici	60%	---
Legature dentali extracoronali	60%	---
Legature dentali intracoronali	60%	---
Molaggio selettivo parziale	60%	---
Courettage gengivale	60%	---
Gengivectomia	60%	---
Lembo gengivale	60%	---
Lembo muco gengivale (courettage a cielo aperto, posiz. apicale)	60%	---
Amputazioni radicolari (per radice, escluso lembo di accesso)	60%	---
Lembi per correzioni difetti muco gengivali	60%	---
Laser paradontale	60%	---
Chirurgia ossea resettiva (incluso lembo di accesso)		Rimb. cap. 14
Innesto autogeno (sito singolo incluso lembo di accesso)		Rimb. cap. 14
Innesto autogeno (sito multiplo incluso lembo di accesso)		Rimb. cap. 14
Innesto di materiale biocompatibile (sito singolo)		Rimb. cap. 14
Innesto di materiale biocompatibile (sito multiplo)		Rimb. cap. 14
Grande rialzo del seno mascellare		Rimb. Cap.14
Piccolo rialzo seno mascellare per via crestale		Rimb. cap. 14
Chirurgia		
Estrazione semplice di dente o radice	60%	63,00
Estrazione complicata di dente o radice	60%	105,00
Estrazione di dente o radice in inclusione ossea parziale	60%	175,00
Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale	60%	210,00
Piccoli interventi chirurgia orale (ascesso-emorragie alveolari)	60%	140,00
Apicectomia (esclusa cura canalare)	60%	315,00
Rizotomia	60%	105,00
Conservativa		
Cavità a 1 superficie	60%	77,00
Cavità a 2 superfici	60%	84,00
Cavità a 3 superfici	60%	98,00
Otturazione dente deciduo	60%	56,00
Ricostruzioni coronali con copertura in amalgama d'argento	60%	91,00
Ricostruzioni coronali in materiale composito	60%	105,00
Ricostruzioni coronali con perno in fibra	60%	175,00
Sigillatura dei solchi (per dente)	60%	28,00
Trattamento chimico ipersensibilità dentale (a seduta)	60%	28,00
Applicazione fluoro (a seduta)	60%	28,00
Endodonzia		
Incappucciamento diretto della polpa (ott. coronale a parte)	60%	63,00
Pulpotomia e otturazione monocanalare (ott. coronale a parte)	60%	140,00
Pulpotomia e otturazione bicanalare (ott. coronale a parte)	60%	175,00
Pulpotomia e otturazione pluricanalare (ott. coronale a parte)	60%	210,00
Rimozione della polpa	60%	105,00
Apecificazione	60%	70,00
Implantologia		
Impianto a vite in materiale biotollerabile	60%	602,00
Perno moncone su impianto in titanio	60%	189,00
Perno moncone su impianto in zirconio	60%	245,00
Mascherina/guida chirurgica per implantologia guidata	60%	175,00
Evobite (dima radiologica)	60%	70,00

Protesi		
Corona fusa o elemento protesi fissa in L.P. (lega preziosa)	60%	385,00
Corona fusa o elemento protesi fissa in L.P. con faccetta in resina	60%	385,00
Corona in ceramica o elemento di ponte in L.P. e ceramica	60%	490,00
Corona in zirconio/disilicato	60%	490,00
Corona lega Vile e ceramica	60%	350,00
Corona lega semipreziosa estetica integrale in composito	60%	455,00
Corona oro ceramica fresata	60%	490,00
Cappetta primaria per protesi su telescopiche	60%	70,00
Perno moncone fuso in L.P.	60%	168,00
Perno moncone fuso in L.N.P.	60%	140,00
Elemento di protesi provvisoria	60%	70,00
Elemento lega Vile e resina per provvisorio a lungo termine	60%	140,00
Faccetta in composito	60%	280,00
Faccetta in ceramica	60%	420,00
Riparazione faccetta/Riparazione protesi	60%	105,00
Intarsio in L.P.	60%	350,00
Intarsio in ceramica	60%	350,00
Intarsio in composito	60%	315,00
Rimozione corona	60%	28,00
Rimozione perno	60%	42,00
Ribasamento di protesi parziale sistema diretto	60%	112,00
Ribasamento di protesi parziale sistema indiretto	60%	140,00
Ribasamento di protesi totale sistema diretto	60%	140,00
Ribasamento di protesi totale sistema indiretto	60%	175,00
Gancio doppio in L.P. fresata/Gancio Roche/Gancio estetico	60%	105,00
Attacco di precisione	60%	175,00
Protesi mobile totale con denti in resina (per arcata)	60%	910,00
Protesi mobile totale con denti in porcellana (per arcata)	60%	1.100,00
Protesi scheletrata mobile in cromo cobalto di 1 elemento	60%	700,00
Per ogni elemento in più	60%	77,00
Toronto Bridge in resina provvisoria (10 elementi)	60%	1.050,00
Toronto Bridge definitiva in composito (10 elementi)	60%	---
Toronto Bridge definitiva in ceramica (10 elementi)	60%	---
Barra di Ackermann su 2 impianti	60%	350,00
Barra di Ackermann (oltre 2 impianti)	60%	560,00
Ortodonzia		
Analisi e studio del caso	60%	---
Tracciato cefalometrico	60%	---
Teleradiografia (check-up ortodontico)	60%	---
Correzione con apparecchiature rimovibili o funzionali	60%	---
Correzione con apparecchiature fisse o miste	60%	---
Contenzione mobile	60%	---
Contenzione fissa	60%	---