

2021

**Piano Sanitario del
Fondo di Solidarietà per
l'Assistenza Sanitaria
del Personale in servizio
ed in quiescenza dell'ex
Caritro Spa e del Gruppo
Unicredito Trento**

Fondo di Solidarietà

per l'assistenza sanitaria del personale in servizio ed in quiescenza dell'ex Caritro S.p.A. e del gruppo Unicredito

Sommario

03

INTRODUZIONE AL PIANO SANITARIO

Le Prestazioni del Piano	03
I destinatari del Piano Sanitario	03
Norme Generali	03

04

PRESTAZIONI ORDINARIE GESTITE DAL FONDO

A.1 Cure fisiche in seguito a infortunio o malattia	05
A.2 Visite mediche, accertamenti diagnostici, esami di laboratorio	06
A.3 Cure odontoiatriche	07
A.3.1 Cure odontoiatriche generali	07
A.3.2 Apparecchi ortodontici	08
A.3.3 Protesi odontoiatriche	09
A.4 Prestazioni psicoterapiche	10
A.5 Protesi acustiche, oculistiche e laringofono	11
A.6 Lenti correttive e lenti a contatto	12
A.7 Allattamento artificiale	13
A.8 Farmaci	14

15

RICOVERI

1. PRESTAZIONI GESTITE DAL FONDO	
B.1.1 Indennità giornaliera per ricovero	16
B.1.2 Indennità giornaliera per Day Hospital	17
B.1.3 Indennità giornaliera per ricovero dovuto a malattie della sfera psichica	18
B.1.4 Assistenza infermieristica a domicilio	19
B.1.5 Prestazioni inerenti ricovero ospedaliero per gli ultra 80	20
2. PRESTAZIONI GESTITE DA ITAS ASSICURAZIONE PER CONTO DEL FONDO DI SOLIDARIETÀ	
B.2.1 Prestazioni inerenti ricovero con intervento chirurgico	22
B.2.2 Prestazioni inerenti ricovero senza intervento chirurgico	23
B.2.3 Indennità giornaliera per ricovero	24



Introduzione al Piano Sanitario

LE PRESTAZIONI DEL PIANO

Il Piano sanitario Fondo di Solidarietà interviene su due tipologie di spese:

- Le spese ordinarie (garanzie da A.1 a A.8): si tratta di rimborsi gestiti direttamente dal Fondo di Solidarietà
- Le prestazioni straordinarie, collegate cioè ad eventi specifici (ricoveri con o senza interventi chirurgici, diaria sostitutiva giornaliera per ricoveri): si tratta di prestazioni gestite in parte direttamente dal Fondo di Solidarietà e in parte – per conto del Fondo di Solidarietà – dalla Compagnia Assicurativa Itas.

I DESTINATARI DEL PIANO SANITARIO

Il seguente piano sanitario è dedicato al personale in servizio ed in quiescenza dell'ex Caritro Spa e del Gruppo Unicredit.

I beneficiari sono da intendersi:

- Soci ordinari e familiari conviventi
- Soci aggregati e familiari conviventi

Il massimale di rimborso è da intendersi per nucleo familiare.

NORME GENERALI

Il Piano indica per ciascuna garanzia di prestazione le voci ammissibili, la forma di erogazione, le disposizioni particolari e l'importo del rimborso.

Le informazioni relative alle modalità di richiesta dei rimborsi sono riportate direttamente nella Miniguia.

Le spese sanitarie inerenti le prestazioni della garanzia A - "Prestazioni Ordinarie" e delle garanzie B.1.2, B.1.3, B.1.4 del Piano Sanitario devono essere presentate entro 90 giorni dalla data della fattura, pena la non ammissibilità al rimborso

Periodo di spesa

Quando chiedere il rimborso

Dal 01 gennaio 2021 al 31 dicembre 2021



Entro 90 giorni dalla data della fattura

Le spese sostenute dal 28 al 31 dicembre 2021 andranno presentate entro il 28 marzo 2022.

B - Le spese sanitarie inerenti le prestazioni della garanzia B – "Ricovero" B.1.1, B.1.5, B.2.1, B.2.2 e B.2.3 devono essere presentate entro 1 anno dalla data di fine ricovero.



Prestazioni ordinarie gestite dal Fondo





A.1 Cure fisiche in seguito a infortunio o malattia

Il Fondo rimborsa i trattamenti fisioterapici e riabilitativi conseguenti a infortunio o malattia.

Sono ammesse a rimborso solamente le seguenti cure fisiche:

- MASSOTERAPIA
- MAGNETOTERAPIA
- LASERTERAPIA
- SCLEROSANTI PER VARICI
- TERAPIA OSTEOPATICA
- TERAPIA ANTALGICA
- TERAPIA CHIROPRATICA
- AGOPUNTURA

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo applica una franchigia del 20% dell'importo indennizzabile con un minimo di euro 100 per ogni ciclo di terapia.

	Gruppo B	Gruppo C	Gruppo D
Percentuale di rimborso	55%	60%	70%
Massimale di rimborso per anno solare	€ 600	€ 700	€ 850

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Copia della prescrizione medica redatta dal medico di base o dallo specialista (afferente alla patologia in atto) indicante il tipo di cura prevista, il numero indicativo di sedute da effettuare o il periodo approssimativo della cura stessa.
Saranno considerate ammissibili le **prescrizioni datate fino a 6 mesi prima** del sostenimento della spesa.
- Copia della fattura emessa da personale medico o paramedico in possesso di idonea specializzazione;
- La documentazione è da inviare al Fondo **entro 90 giorni dalla data di emissione della fattura**.

Le fatture o ricevute rilasciate da Centri o Istituti privati devono riportare il nome del Direttore Sanitario



A.2 Visite mediche, accertamenti diagnostici, esami di laboratorio

Il Fondo rimborsa le visite mediche, gli accertamenti diagnostici e gli esami di laboratorio.

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Per i soci in pensione, aggregati e familiari

	Gruppo B	Gruppo C	Gruppo D
Percentuale di rimborso	60%	65%	70%
Massimale di rimborso per anno solare	€ 650	€ 800	€ 1.050

Per i soci in servizio e i soci in pensione ancora iscritti ad Unica e familiari

	Gruppo B	Gruppo C	Gruppo D
Percentuale di rimborso	65%	70%	75%
Massimale di rimborso per anno solare	€ 750	€ 850	€ 1.150

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

Copia delle fatture da inviare al Fondo **entro 90 giorni dalla data di emissione della fattura.**

PRESTAZIONI NON RIMBORSABILI

- visite medico-sportive
- visite medico-legali stragiudiziali con o senza relazione
- visite mediche per rilascio patenti di ogni tipo
- visite mediche, certificati medici e prestazioni di carattere estetico
- vaccinazioni, iniezioni e infusione di farmaci
- documenti di spesa che, singolarmente, siano di importo inferiore a euro 35. A tal proposito sono invece ammissibili quelle fatture che sebbene frazionate, riconducano alla medesima prestazione (es; esami di laboratorio fatturate con due notule ma con medesima data e nr di fattura)



A.3 Cure odontoiatriche

A.3.1 Cure odontoiatriche generali

(cura canalare, otturazioni etc)

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa tutte le cure odontoiatriche, con una percentuale di rimborso del 70% della spesa con una franchigia di 250 euro per sinistro.

Per i soci in pensione ed i soci aggregati e familiari

	Gruppo B	Gruppo C	Gruppo D
Massimale di rimborso per anno solare	€ 450	€ 500	€ 650

Per i soci in servizio e i soci in pensione ancora iscritti ad UniCa e familiari

	Gruppo B	Gruppo C	Gruppo D
Massimale di rimborso per anno solare	€ 700	€ 775	€ 900

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

Copia delle fatture da inviare al Fondo **entro 90 giorni dalla data di emissione della fattura.**

A.3.2 Apparecchi ortodontici

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Per i soci in pensione ed i soci aggregati e familiari

	Gruppo B	Gruppo C	Gruppo D
Percentuale di rimborso	40%	50%	60%
Massimale di rimborso per anno solare	€ 500	€ 600	€ 700

Per i soci in servizio e i soci in pensione ancora iscritti ad UniCa e familiari

	Gruppo B	Gruppo C	Gruppo D
Percentuale di rimborso	40%	50%	60%
Massimale di rimborso per anno solare	€ 600	€ 750	€ 900

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

Copia delle fatture da inviare al Fondo **entro 90 giorni dalla data di emissione della fattura.**

A.3.3 Protesi odontoiatriche

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa tutte le protesi odontoiatriche, con una percentuale di rimborso del 70% della spesa e con una franchigia di 250 euro per sinistro.

Per i soci in pensione ed i soci aggregati e familiari

	Gruppo B	Gruppo C	Gruppo D
Massimale di rimborso per anno solare	€ 625	€ 875	€ 1.000

Per i soci in servizio e i soci in pensione ancora iscritti ad UniCa e familiari

	Gruppo B	Gruppo C	Gruppo D
Massimale di rimborso per anno solare	€ 850	€ 1.200	€ 1.350

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

Copia delle fatture da inviare al Fondo **entro 90 giorni dalla data di emissione della fattura.**



A.4 Prestazioni psicoterapiche

Il Fondo rimborsa i cicli di cure psicoterapiche e afferenti alla psicoanalisi.

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo applica una franchigia del 20% dell'importo indennizzabile con un minimo di euro 100 per ogni ciclo di terapia.

	Gruppo B	Gruppo C	Gruppo D
Percentuale di rimborso	50%	60%	70%
Massimale di rimborso per anno solare	€ 600	€ 700	€ 800

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Copia della prescrizione medica redatta dal medico di base o dallo specialista (neurologo, psichiatra, neuropsichiatra) dalla quale risulti la necessità di tali cure. Saranno considerate ammissibili le **prescrizioni datate fino a 6 mesi prima** del sostenimento della spesa.
- Copia della fattura emessa dal medico specialista (neurologo, psicologo psicanalista, psicoterapeuta) nella quale si evinca il periodo di cura e la spesa sostenuta.
- La documentazione è da inviare al Fondo **entro 90 giorni dalla data di emissione della fattura.**





A.5 Protesi acustiche, oculistiche e laringofono

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

	Gruppo B	Gruppo C	Gruppo D
Percentuale di rimborso	55%	60%	70%
Massimale di rimborso per anno solare	€ 400	€ 500	€ 650

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Copia della prescrizione medica redatta dal medico specialista
- Copia delle fatture da inviare al Fondo **entro 90 giorni dalla data di emissione della fattura**





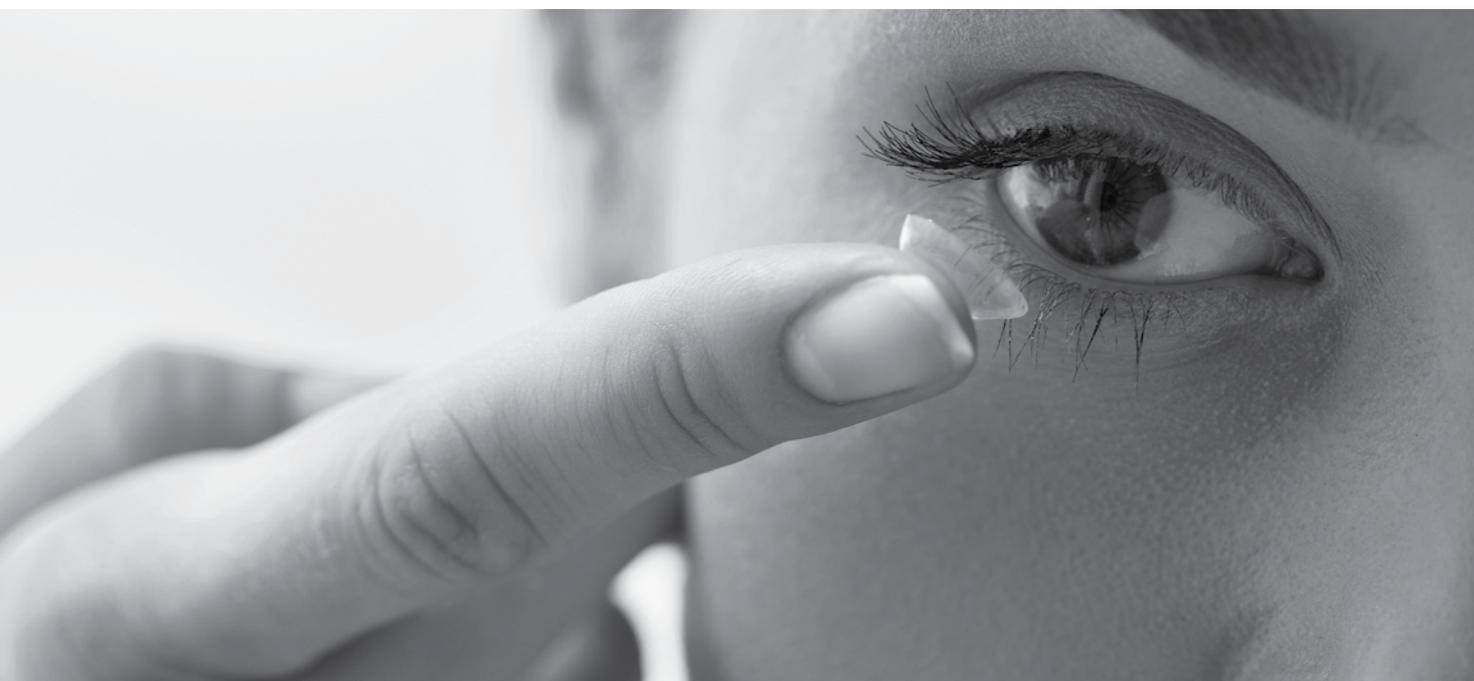
A.6 Lenti correttive e lenti a contatto

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

	Gruppo B	Gruppo C	Gruppo D
Percentuale di rimborso	35%	40%	50%
Massimale di rimborso per anno solare	€ 200	€ 300	€ 400

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Copia della prescrizione redatta e firmata dal medico oculista oppure dall'ottico optometrista. Sono considerate ammissibili le **prescrizioni datate fino a 6 mesi prima** del sostenimento della spesa.
- Nella fattura di acquisto, il costo delle lenti dovrà essere separato rispetto a quello della montatura
- La montatura dell'occhiale non è rimborsabile.
- La documentazione deve pervenire al Fondo **entro 90 giorni dalla data di emissione della fattura**, ricevuta o scontrino fiscale.





A.7 Allattamento artificiale

Il Fondo provvede al rimborso delle spese per l'acquisto di sostituti del latte materno per le donne impossibilitate all'allattamento naturale.

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

	Gruppo B	Gruppo C	Gruppo D
Massimale di rimborso per anno solare	€ 500	€ 600	€ 700

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Il neonato deve essere iscritto al Fondo entro 3 mesi dalla nascita ed i contributi inizieranno dopo tale data.
- Prescrizione del medico che all'inizio dell'allattamento attesti la necessità di utilizzo dell'allattamento artificiale.
- Copia di parte della confezione del prodotto di allattamento artificiale che riporti il tipo e la marca del prodotto prescritto oppure lo scontrino parlante e relativo scontrino fiscale.
- La documentazione deve pervenire al Fondo **entro 90 giorni dalla data di emissione dello scontrino fiscale.**





A.8 Farmaci

Il Fondo rimborsa i farmaci prescritti dal medico curante.

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

	Gruppo B	Gruppo C	Gruppo D
Percentuale di rimborso	55%	60%	70%
Massimale di rimborso per anno solare	€ 300	€ 400	€ 550

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Copia della prescrizione medica sulla quale deve essere indicato dal professionista la quantità delle confezioni acquistabili. È altresì ammissibile la prescrizione del medico con dicitura "ripetitivo" o "per un periodo di...." redatta a mano e firmata dal professionista. La prescrizione dovrà poi riportare il timbro della farmacia presso la quale l'acquisto è stato effettuato.
- Scontrino fiscale o scontrino "parlante" riportante il dettaglio dei medicinali acquistati. In sua assenza, la copia di tutte le fustelle recanti nome ed importo unitario del farmaco.
- La documentazione deve pervenire al Fondo, **entro 90 giorni dalla data di emissione della ricetta.**
- Importo minimo del singolo documento di spesa presentabile: euro 35

PRESTAZIONI NON RIMBORSABILI

- Farmaci da banco acquistabili senza ricetta medica
- Medicinali omeopatici
- Farmaci che la scienza medica indica come "aiuti" nel campo della pratica sportiva



RICOVERI

B.1 Prestazioni erogate dal Fondo di Solidarietà





B.1.1 Indennità giornaliera per ricovero

Il Fondo eroga un'indennità giornaliera in caso di ricovero qualora le relative spese sanitarie (vedi B.2.1 e B.2.2) siano totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Per soci ordinari ed aggregati e loro familiari con età inferiore agli 80 anni

Il Fondo rimborsa per un massimo di 25 giorni, con franchigia di 7 giorni, nell'anno assicurativo.

Per soci ordinari ed aggregati e loro familiari con età superiore agli 80 anni

Il Fondo rimborsa per un massimo di 60 giorni, con franchigia di 7 giorni, nell'anno solare.

Indennità giornaliera	Gruppo B	Gruppo C	Gruppo D
Ricovero in provincia*	€ 20	€ 25	€ 30
Ricovero fuori provincia*	€ 80	€ 90	€ 100

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Copia della cartella clinica o dichiarazione del reparto Ospedale e/o Clinica con indicata la diagnosi, i giorni di degenza e la firma del responsabile da inviare al Fondo **entro 1 anno dalla data di fine ricovero**.
- Nel caso di più ricoveri effettuati dal medesimo iscritto e resi necessari dalla stessa malattia od infortunio, la franchigia è applicata una sola volta, in occasione del primo ricovero.
- Sono esclusi dalle diarie i ricoveri per "lungodegenza".

* La condizione di "in provincia" o "fuori provincia" si determina con la difformità fra residenza del Socio e l'ubicazione geografica dell'istituto di cura



B.1.2 Indennità giornaliera per Day Hospital

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo eroga un'indennità giornaliera a partire dall'8° giorno di ricovero in regime di Day Hospital per trattamenti terapeutici necessari a seguito di infortunio o malattia.

	Gruppo B	Gruppo C	Gruppo D
Indennità giornaliera	€ 20	€ 25	€ 30
Massimale di rimborso per anno solare	€ 300	€ 500	€ 700

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Copia della cartella clinica o copia della lettera di dimissioni ospedaliera o Casa di Cura recante il periodo di ricovero.
- La documentazione va inviata al Fondo **entro 90 giorni dalla data di fine ciclo ricoveri**.
- Sono esclusi i ricoveri aventi caratteristiche di soggiorno, quelli in case di riposo, medical Hotel e simili.





B.1.3 Indennità giornaliera per ricovero dovuto a malattie della sfera psichica

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

In caso di ricovero ospedaliero dovuto a malattie della sfera psichica, il Fondo eroga un' indennità giornaliera a partire dall' 8° giorno di degenza.

	Gruppo B	Gruppo C	Gruppo D
Indennità giornaliera	€ 40	€ 50	€ 60
Massimale di rimborso per anno solare	€ 800	€ 1.000	€ 1.200

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Copia della cartella clinica da inviare al Fondo **entro 1 anno dalla data di fine ricovero.**
- Sono considerati malattie della sfera psichica anche i disturbi psichici e comportamenti nevrotici.





B.1.4 Assistenza infermieristica a domicilio

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa le spese per Assistenza infermieristica domiciliare con una franchigia del 20% del costo.

	Gruppo B	Gruppo C	Gruppo D
Massimale di rimborso per anno solare	€ 1.500	€ 1.800	€ 2.300

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Copia della certificazione medica attestante la patologia e la necessità di assistenza infermieristica domiciliare. Sono considerate ammissibili le prescrizioni datate fino a 6 mesi prima del sostenimento della spesa.
- Copia della fattura emessa da personale infermieristico in possesso di specifico patentino o da Centri specializzati per l'assistenza del malato. Nel caso di fattura emessa da personale infermieristico, il Fondo necessita del numero, data di rilascio ed ente di emissione del patentino infermieristico.
- La documentazione va inviata al Fondo **entro 90 giorni dalla data di emissione della fattura.**
- Importo minimo del singolo documento di spesa presentabile: euro 35
- Non sono considerate assistenza domiciliare le periodiche misurazioni della pressione arteriosa, l'esecuzione di iniezioni, ecc.





B.1.5 Prestazioni inerenti ricovero ospedaliero per gli ultra 80

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa – per gli iscritti di età superiore agli 80 anni - le spese elencate alle voci B.2.1, B.2.3 e B.3.3, con un rimborso massimo di:

Euro 10.000 all'anno per ogni Socio "ordinario" e "aggregato"

Euro 5.000 all'anno per ogni Familiare

DETTAGLI

Solo per i costi sostenuti durante i ricoveri, sarà applicato uno scoperto del 20% dell'importo indennizzabile con un minimo di euro 1.200,00.-, fatto salvo in ogni caso, quanto stabilito dalla Compagnia assicuratrice per le prestazioni accessorie contemplate ai punti B.2.1 e B.2.2

Il plafond che il Fondo riserva per la garanzia è pari a euro 40.000 all'anno.

Per la liquidazione di dette spese si procederà a determinarne l'ammontare complessivo una sola volta, alla fine dell'anno, e qualora sia superato il plafond massimo annuo si procederà a liquidare proporzionalmente ogni richiesta.

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Copia della cartella clinica e copie delle fatture da inviare al Fondo **entro 1 anno dalla data di fine ricovero.**
- Iscritto con età superiore agli 80 anni.





RICOVERI

B.2 Prestazioni gestite da Itas per conto del Fondo di Solidarietà

Prestazioni inerenti spese di cura conseguenti a malattia o ad infortunio.

Di seguito vengono elencate le prestazioni gestite direttamente da Itas per conto del Fondo di Solidarietà.

Le condizioni di dettaglio della polizza stipulata con la compagnia assicuratrice sono visionabili contattando gli Uffici del Fondo di Solidarietà.

Il massimale complessivo a carico dell'impresa assicuratrice è pari a euro 150.000, valido anche per i grandi interventi.

Per la gestione delle richieste rimborsabili da Itas (garanzie B.2.1, B.2.3, B.2.3) il Fondo di Solidarietà si affida ad un professionista dedicato con una pluriennale esperienza nel settore, al quale il socio potrà rivolgersi ai seguenti contatti: Inerspa - 0461.405221 – bressan@inerspa.eu allegando copia della documentazione clinica. Quest'ultimo si occuperà di istruire il caso e svolgerà per suo conto gli adempimenti richiesti.



B.2.1 Prestazioni inerenti ricovero con intervento chirurgico

Sono rimborsabili le spese sanitarie di seguito elencate qualora vi sia un ricovero ospedaliero a seguito di malattia o infortunio che comporti un intervento chirurgico, anche di tipo ambulatoriale

○ PRIMA DEL RICOVERO

A- Accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati nei 90 giorni precedenti la data del ricovero o quella dell'intervento in ambulatorio. Il Fondo stabilisce una franchigia di 100 euro per ciascun evento.

B - Onorari del chirurgo, assistente, anestesista, diritti sala operatoria e materiale d'intervento;

○ DURANTE IL RICOVERO

C - Assistenza medica per cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti durante il periodo di ricovero;

D - Rette di degenza;

E - Trasporto con ambulanza con un massimale di rimborso per evento di euro 2.500 (senza applicazione franchigia)

○ DOPO IL RICOVERO

F - Esami, acquisto medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), nei 90 giorni successivi al ricovero in Istituto di cura o all'intervento chirurgico in ambulatorio. Il Fondo stabilisce una franchigia di 100 euro per ciascun evento.

DETTAGLI

L'insieme delle prestazioni del punto A e del punto F non deve superare l'importo massimo di spesa di euro 6.000 per nucleo familiare e anno assicurativo. A tale somma di spese verrà applicata una franchigia fissa di euro 100.

- Riguardo ai costi sostenuti *durante i ricoveri*, il Fondo applica uno scoperto del 20% dell'importo indennizzabile con un minimo di euro 1.200 fatto salvo in ogni caso, quanto stabilito per le prestazioni accessorie.

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Copia conforme della cartella clinica e copia delle fatture da **inviare entro 1 anno dalla data di fine ricovero**.
- Età inferiore agli 80 anni.



B.2.2 Prestazioni sanitarie inerenti ricovero senza intervento chirurgico

Sono rimborsabili le spese sanitarie di seguito elencate qualora vi sia un ricovero ospedaliero a seguito di malattia o infortunio che non comporti un intervento chirurgico.

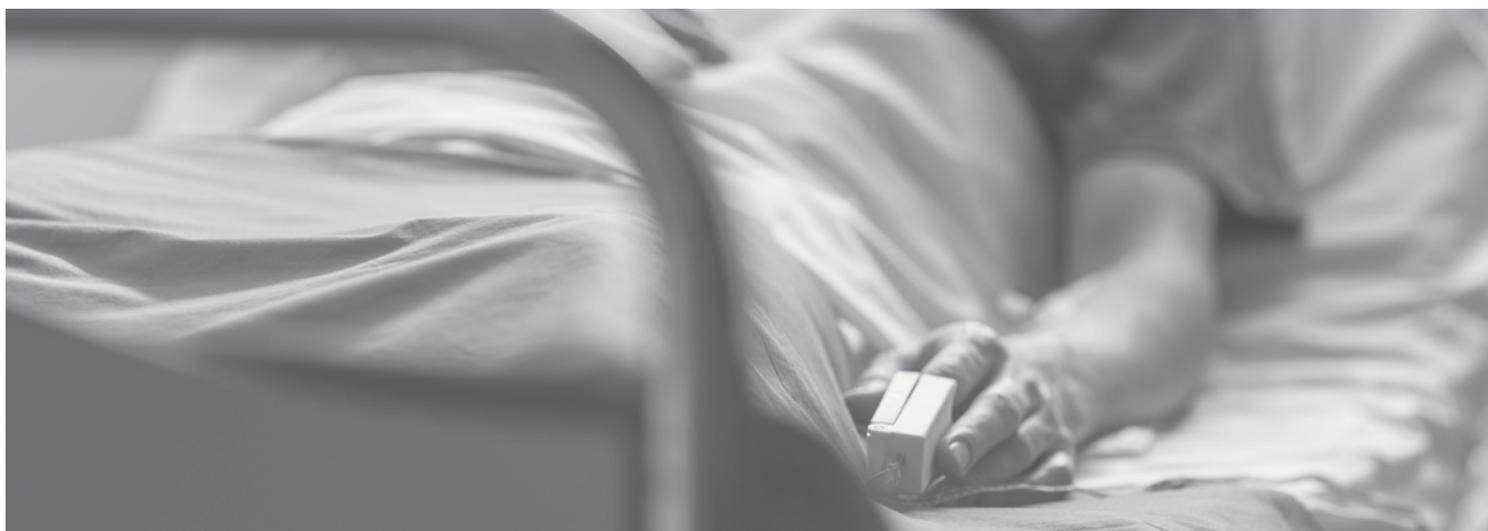
- Accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, farmaci e le rette di degenza riguardanti il periodo di ricovero.
- Trasporto con ambulanza con un massimale di rimborso per evento di euro 2.500 (senza applicazione franchigia).

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

- Riguardo ai costi sostenuti *durante i ricoveri*, il Fondo applica uno scoperto del 20% dell'importo indennizzabile con un minimo di euro 1.200,00 fatto salvo in ogni caso, quanto stabilito per le prestazioni accessorie.
- In caso di parto normale (fisiologico), pilotato e con episiotomia, e che non comporti un intervento chirurgico, il rimborso è liquidato fino ad un massimo di euro 2.500 (senza applicazione franchigia).

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Copia conforme della cartella clinica e copia delle fatture da **inviare entro 1 anno dalla data di fine ricovero**.
- Età inferiore agli 80 anni.





B.2.3 Indennità giornaliera per ricovero

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Qualora le spese sanitarie inerenti un ricovero (B.2.1 e B.2.2) siano totalmente carico del Servizio Sanitario Nazionale, sarà corrisposta **a decorrere dal 26° giorno di degenza**, un'indennità giornaliera pari a:

- euro 50 per ricovero in provincia* per un massimale erogabile di euro 5.000 per anno assicurativo
- euro 100 per ricovero fuori provincia* per un massimale erogabile di euro 10.000 per anno assicurativo

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Copia della cartella clinica e copia delle fatture da **inviare entro 1 anno dalla data di fine ricovero**.
- Età inferiore agli 80 anni.

PRESTAZIONI NON RIMBORSABILI

Non saranno rimborsate le spese inerenti a:

- intossicazioni conseguenti ad abuso d'alcolici e psicofarmaci, o da uso non terapeutico di stupefacenti e d'allucinogeni
- malattie della sfera psichica
- infortuni causati in stato d'ubriachezza od in conseguenza di proprie azioni delittuose
- prestazioni dicarattere estetico (ad eccezione degli interventi di chirurgia stomatologica e plastica ricostruttiva resa necessaria da infortunio)

* La condizione di "in provincia" o "fuori provincia" si determina con la difformità fra residenza del Socio e l'ubicazione geografica dell'istituto di cura

Erogazione del rimborso

I rimborsi saranno erogati per le prestazioni gestite dal Fondo di Solidarietà entro 60 giorni dalla data di ricezione della pratica.

Le fatture intestate fiscalmente al socio ma sostenute da un familiare iscritto al Fondo di Solidarietà saranno rimborsate a nome del familiare.

Le richieste presentate nel primo trimestre dell'anno verranno liquidate a partire dal 1° aprile.

Riesame

In caso di mancato accoglimento della richiesta, l'iscritto può chiedere al Fondo il riesame della pratica compilando l'apposito modulo - e allegando la documentazione utile allo svolgimento del riesame - che deve pervenire firmato in tutte le sue parti entro 30 giorni dalla comunicazione di esito dell'istruttoria.

Non saranno prese in considerazione richieste pervenute dopo il termine stabilito. La Direzione del Fondo comunicherà all'iscritto l'esito del riesame via mail entro 30 giorni dal giorno di ricezione della richiesta. I riesami che la Direzione indica con esito definitivo non potranno essere nuovamente oggetto di riesame.

Rimandiamo alla miniguia, che costituirà parte integrante del Piano Sanitario, per le informazioni inerenti la richiesta di rimborso.

Fondo di Solidarietà

per l'assistenza sanitaria del personale in servizio ed in
quiescenza dell'ex Caritro S.p.A. e del gruppo Unicredito

www.fondosolidarietacaritro.it