



ISTITUTO PER LA VIGILANZA
SULLE ASSICURAZIONI

IVASS



Procedura aperta, ai sensi del d. lgs. n. 163/2006, per l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria per il personale dell'Istituto per gli anni 2016 e 2017 (CIG 6337230F9E)

Procedura aperta, ai sensi del d. lgs. n. 163/2006, per l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria per il personale dell'Istituto per gli anni 2016 e 2017

(CIG 6337230F9E)

CAPITOLATO TECNICO



INDICE

1. Premessa	3
PARTE 1: DISPOSIZIONI COMUNI AD ENTRAMBE LE COPERTURE	4
2. Durata del contratto e pagamento del corrispettivo	4
3. Elenco assistiti, decorrenza e cessazione del diritto alla copertura	4
4. Termine per i rimborsi delle spese effettuate direttamente dall'Assistito	5
5. Assistenza diretta tramite Centri Convenzionati	5
6. Prestazioni accessorie	5
PARTE 2: SERVIZI DI ASSISTENZA SANITARIA A FAVORE DEI DIRIGENTI ED ASSIMILATI	7
7. Dati economici	7
8. Dati persone aventi diritto	7
9. Andamento sinistri periodo 2010-2014	8
10. Destinatari	9
11. Prestazioni connesse a ricoveri presso ospedali o altri istituti o case di cura	10
12. Scoperto	11
13. Prestazioni di alta specializzazione	11
14. Prestazioni specialistiche	12
15. Cure dentarie	12
16. Cure oncologiche	12
17. Indennità giornaliera "malattia grave"	12
18. Prestazioni escluse	13
19. Integrazioni facoltative a totale carico del dirigente	14
PARTE 3: SERVIZI DI ASSISTENZA SANITARIA A FAVORE DEL PERSONALE NON DIRIGENTE	15
20. Dati economici	15
21. Dati persone aventi diritto	16
22. Andamento sinistri periodo 2010-2014	16
23. Destinatari	17
24. Prestazioni	18
25. Prestazioni escluse	21
26. Estensione prestazioni ai dipendenti primi funzionari in quiescenza	21
27. Anticipo	22
28. Integrazioni facoltative a totale carico del dipendente	22
ALLEGATO 1 - Condizioni di assistenza per il personale non dirigente-	23
Prestazioni per grandi interventi	23
ALLEGATO 2 - Condizioni di assistenza per il personale non dirigente-	24
Massimali di rimborso cure odontoiatriche	24
ALLEGATO 3 - Condizioni di assistenza per il personale non dirigente -	26
Check - up diagnostico - preventivo in assistenza diretta	26
presso Centro convenzionato	26
ALLEGATO 4 - Condizioni di assistenza per il personale non dirigente in vigore fino al 31.12 2013 29	26
Massimali di rimborso cure odontoiatriche	37



1. Premessa

L'IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni - di seguito anche Istituto, è un Ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, istituito (in sostituzione dell'ISVAP, al quale è succeduto in tutte le funzioni, le competenze ed i poteri) con il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, al fine di assicurare la piena integrazione dell'attività di vigilanza nei settori finanziario e assicurativo anche attraverso un più stretto collegamento con la vigilanza bancaria. All'IVASS è affidato l'esercizio di funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione e riassicurazione, italiane ed estere, che esercitano l'attività nel territorio della Repubblica italiana, dei gruppi assicurativi e dei conglomerati finanziari nei quali tali imprese sono incluse (c.d. vigilanza supplementare) nonché di tutti gli altri operatori del settore, quali gli intermediari assicurativi e riassicurativi (agenti, broker e loro collaboratori).

Il presente Capitolato Tecnico disciplina gli aspetti tecnico-giuridici ed economici per l'affidamento dei servizi di assistenza sanitaria a favore del personale dell'IVASS ad un soggetto appositamente selezionato (di seguito Cassa).

Il servizio è regolato dalla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente regolato dalle condizioni del presente Capitolato Tecnico, valgono le norme di legge.

Il presente Capitolato Tecnico è composto da 3 parti:

parte 1 – Disposizioni comuni ad entrambe le coperture;

parte 2 – Descrizione dei servizi di assistenza sanitaria a favore dei dirigenti ed assimilati;

parte 3 – Descrizione dei servizi di assistenza sanitaria a favore del personale non dirigente.



PARTE 1: DISPOSIZIONI COMUNI AD ENTRAMBE LE COPERTURE

2. Durata del contratto e pagamento del corrispettivo

Il contratto relativo all'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria descritti nel presente Capitolato avrà validità di anni due con decorrenza dalle ore 24.00 del 31 dicembre 2015. L'assistenza sanitaria è operante nel mondo intero, indipendentemente dalle condizioni fisiche dell'assistito.

In tutti i casi in cui il presente Capitolato prevede un limite massimo annuo di rimborso, l'arco annuale di riferimento è l'anno solare (1° gennaio – 31 dicembre).

L'IVASS verserà, entro 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto, il corrispettivo annuo dovuto sulla base dell'offerta della Cassa e del numero effettivo degli assistiti risultante dall'elenco di cui al par. 3.

Le inclusioni di dipendenti assicurati avvenute nel corso dell'anno di assistenza comporterà, in sede di regolazione del corrispettivo, il versamento di un'integrazione da effettuarsi entro 30 giorni dalla fine dello stesso anno, tenendo conto che:

- a) se l'inclusione avviene nel primo semestre dell'anno di durata del servizio, la stessa comporta la corresponsione dell'intero corrispettivo annuo;
- b) se l'inclusione avviene nel secondo semestre dell'anno di durata del servizio, verrà corrisposto il 60% (sessanta per cento) del corrispettivo annuo.

Per i primi funzionari cessati dal servizio nel corso del primo semestre dell'anno e aventi i requisiti per la copertura del primo funzionario in quiescenza, ai fini della regolazione del corrispettivo, la Cassa procederà al rimborso del 60% della differenza tra il contributo annuo per il dipendente in servizio ed il contributo annuo per il primo funzionario in pensione.

La Cassa assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari, ai sensi dell'art. 3 della legge 13.8.2010, n.136 e successive integrazioni e modifiche. L'appalto non rientra nel campo di applicazione dell'IVA, ai sensi dell'art. 10 del d.P.R. n. 633/1972.

Inoltre, si precisa che il rapporto contrattuale per le prestazioni oggetto del contratto è tra l'IVASS e la Cassa di assistenza sanitaria che risulterà aggiudicataria della procedura. Pertanto, tutte le attività inerenti lo sviluppo del rapporto contrattuale (pagamento dei contributi, erogazione dei rimborsi in relazione alle prestazioni previste, etc.) dovranno avvenire tra la Cassa di assistenza e l'IVASS, o i dipendenti (nel caso dei rimborsi). Nei casi di assistenza diretta, invece, la Cassa, come indicato nei successivi paragrafi, procederà alla liquidazione delle prestazioni direttamente alla struttura convenzionata.

3. Elenco assistiti, decorrenza e cessazione del diritto alla copertura

L'elenco degli assistiti effettivi, completo dei dati relativi al nucleo familiare e distinto per ciascuna categoria, verrà fornito dall'Istituto all'atto della stipula del Contratto.

Gli aggiornamenti concernenti ogni variazione nell'elenco iniziale degli assistiti che dovesse verificarsi nel corso del periodo di validità del contratto, saranno tempestivamente comunicati dall'IVASS.

L'inclusione nell'assistenza decorre dalla data dell'evento (assunzione, cessazione per pensionamento, nascita, matrimonio, acquisizione dei requisiti di convivenza e/o di reddito



previsti dalle condizioni di assistenza) che ne fa sorgere il diritto. Nel caso in cui gli assistiti vengano inclusi nella copertura in corso d'anno opera il limite assistenziale previsto per il nucleo.

In caso di perdita dei requisiti che danno diritto all'assistenza (cessazione dal servizio senza diritto a pensione, divorzio, venir meno dei requisiti di convivenza e/o di reddito previsti dalle condizioni), l'assistenza sanitaria rimane comunque in vigore fino alla fine dell'anno in cui si è verificato l'evento che ne fa cessare il requisito.

4. Termine per i rimborsi delle spese effettuate direttamente dall'Assistito

Il termine ultimo per la presentazione della documentazione ai fini del rimborso è di 180 giorni da quello di fine malattia. In caso di decesso del dipendente, la documentazione deve essere presentata dagli eredi entro 180 giorni da quello del decesso.

I rimborsi dovuti agli assistiti vengono effettuati su presentazione, delle relative notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate.

Il rimborso deve essere effettuato dalla Cassa entro 30 giorni solari dal ricevimento della documentazione completa; si precisa che il predetto termine decorrerà solo dal momento della presentazione della documentazione completa. Il pagamento avverrà tramite bonifico sul conto corrente indicato dal titolare nella richiesta di rimborso.

Qualora l'Assistito abbia presentato a terzi le notule, distinte o ricevute per ottenerne il rimborso, la Cassa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente capitolato al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

5. Assistenza diretta tramite Centri Convenzionati

La Cassa dovrà rendere disponibile alla data di stipula del Contratto una rete convenzionata, composta da almeno 20 strutture presenti nel territorio di Roma e Provincia, atte a garantire l'assistenza diretta secondo i limiti e alle condizioni previste dal presente Capitolato.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito nel caso di utilizzo di strutture convenzionate vengono liquidate direttamente dalla Cassa alle strutture stesse secondo i limiti e alle condizioni previste dal presente Capitolato.

6. Prestazioni accessorie

Le prestazioni descritte nel presente paragrafo sono accessorie ai servizi di assistenza sanitaria prestati dalla Cassa. In ogni caso, il corrispettivo per tali prestazioni è compreso nel prezzo offerto per i servizi di assistenza sanitaria come riportato nell'Offerta economica della Cassa.

a) Responsabile del Servizio



Dalla data di attivazione del Contratto, la Cassa dovrà mettere a disposizione dell'Istituto un Responsabile del Servizio, precedentemente identificato e nominato, del quale avrà reso noti i recapiti telefonici e l'indirizzo di posta elettronica nonché gli orari di servizio.

Il suo compito sarà quello di supervisionare ed eventualmente coordinare le attività della Cassa nei rapporti con l'IVASS, nonché di gestire gli eventuali reclami da parte dell'Istituto e degli assistiti.

b) Reportistica e informativa

Al termine di ogni anno assicurativo nel corso del contratto, la Cassa, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire all'IVASS l'evidenza delle richieste di rimborso. Tale elenco dovrà riportare per ciascun sinistro:

- indicazione di età e sesso dell'assistito;
- data di accadimento dell'evento;
- tipologia dell'evento specificando se si tratta di infortunio o malattia;
- tipologia della garanzia (es. spese di ricovero, cure dentarie, accertamenti specialistici);
- tipologia di rimborso, se rimborso diretto o indiretto;
- importi liquidati.

La Cassa dovrà produrre entro 10 giorni solari dalla data di stipula del Contratto un documento illustrativo sintetico delle modalità di erogazione dei servizi di assistenza previsti dal presente Capitolato.

La Cassa dovrà mettere, inoltre, a disposizione dell'IVASS e degli assistiti, per tutta la durata del Contratto, un numero telefonico o indirizzo e-mail, dedicato al servizio, che funzioni da centro di ricezione e di gestione delle richieste di informazioni in merito alle pratiche aperte o da aprire.

c) Portale web dedicato per la gestione del servizio

La Cassa dovrà mettere a disposizione degli assistiti un'applicazione *web based* per l'invio delle richieste di rimborso e della documentazione sanitaria, che consenta di evitare l'utilizzo del supporto cartaceo, secondo le modalità da concordare tra le parti. Ciò in ottemperanza alla disciplina del Codice per la protezione dei dati personali, sia in termini di informativa al trattamento che in termini di misure di sicurezza, anche in considerazione della particolare tipologia di dati trattati (dati sulla salute).

Per la documentazione che deve essere inviata in originale, la Cassa dovrà attivare, a propria cura e spese, il ritiro e la successiva riconsegna, presso la sede dell'IVASS, della suddetta documentazione, con cadenza da concordare tra le parti prima dell'avvio del servizio.

d) Gestione di eventuali ulteriori contributi previsti dal piano di *flexible benefit*

Qualora l'IVASS dovesse attivare un piano di *flexible benefit* nel quale fosse prevista la possibilità per i dipendenti di destinare una parte del contributo a propria disposizione alla Cassa di assistenza sanitaria per ottenere il rimborso delle spese mediche non liquidate per effetto di franchigie e scoperti, la Cassa si impegna a gestire le eventuali richieste di rimborso.



PARTE 2: SERVIZI DI ASSISTENZA SANITARIA A FAVORE DEI DIRIGENTI ED ASSIMILATI

7. Dati economici

Nella tabella che segue si riporta, ai soli fini della determinazione della base d'asta e della formulazione dell'offerta economica, il numero presunto degli aventi diritto all'assistenza sanitaria per sé e per i familiari nei limiti delle condizioni previste alla data del 1° gennaio 2016:

Categoria	Numero titolari	Contributo <i>pro capite</i> annuale massimo a carico dell'IVASS	Contributo annuale totale massimo a carico dell'IVASS TETTO DI GARA
Dirigenti e assimilati	40	€ 6.500,00	€ 260.000,00

Nella successiva tabella viene rappresentata l'evoluzione del numero di dirigenti assicurati, suddivisi tra quelli in servizio e quelli in quiescenza, e del contributo annuo pro capite a carico di IVASS, nel corso del periodo 2011 – 2015:

Anno	Dirigenti assicurati in servizio	Dirigenti assicurati in quiescenza	Contributo pro capite a carico dell'IVASS
2011	27	12	€ 6.590,00
2012	29	13	€ 6.660,00
2013	31	13	€ 6.660,00
2014	30	13	€ 6.660,00
2015	25	15	€ 6.660,00

8. Dati persone aventi diritto

Nel prospetto seguente si indicano, per ciascuna categoria, i dati relativi all'età media degli assistiti (dirigenti e familiari aventi diritto) e dei coniugi non a carico, attualmente in copertura e fuori copertura, alla data del 1° luglio 2015:

	Dirigenti in servizio e assimilati	Dirigenti in quiescenza	Familiari a carico di cui 8 coniugi	Coniugi non a carico attualmente aventi diritto a copertura totale *	Coniugi non a carico attualmente fuori copertura
Numero	25	15	39	8	7
Età media	53 anni e 6 mesi	73 anni e 3 mesi	27 anni e 10 mesi	64 anni e 10 mesi	N.D.

*con reddito annuo compreso tra 2.840,51 e 43.675,00 euro e conviventi con il titolare della copertura.

9. Andamento sinistri periodo 2010-2014

L'andamento dei sinistri negli ultimi cinque anni è riportato nel prospetto seguente:

Anno	Importi Rimborsati (valori in euro)	Andamento tecnico
2010	292.711	1,302
2011	270.327	1,089
2012	316.065	1,182
2013	250.630	0,895*
2014	326.202	1,191*

*dati aggiornati al 29 maggio 2015.

ANNO	2010		2011		2012		2013		2014	
	DIRETTA	INDIRETTA								
ASSISTENZA										
PRESTAZIONE										
INTERVENTO CHIRURGICO IN RICOVERO	45.655	10.519	14.070	11.230	96.871	8.589	32.498		100.613	12.138
INTERVENTO CHIRURGICO IN AMBULATORIO	511	9.704	2.909	5.702	929	11.356	883	8.391		24.221
PARTO CESAREO		7.303								
RICOVERO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	466	16.321	20.787	8.134	13.436	4.027	31.542		7.007	
CURA DOMICILIARE/AMBUL	4.503	79.886	5.724	86.591	7.464	79.296	3.968	85.055	7.352	87.632
LENTI O OCCHIALI		6.848		4.187		4.249		9.454		11.071
CURE E PROTESI DENTARIE		43.467	27	51.189		43.776		68.848		64.219
ALTRE CAUSALI		0,00	9.339			2.400				2.616
DAY HOSPITAL	5.872	49.036	574	46.917		30.079				
DAY HOSPITAL CON INTERVENTO	10.911	1.711		2.944	10.153	3.438	2.535	7.456	3.092	6.242

Si precisa che negli anni oggetto della rilevazione rappresentata nelle tabelle di cui sopra, il coniuge del dirigente sia fiscalmente a carico, sia con reddito annuo lordo non superiore ad un limite fissato (per l'anno 2015, euro 43.675,00), purché convivente, aveva diritto alla copertura totale. Era escluso dalla copertura il solo coniuge non a carico, non convivente o convivente ma con reddito superiore al limite fissato. La nuova formulazione dei destinatari (cfr. paragrafo 10), in vigore dal 1° gennaio 2016, prevede che solo i coniugi fiscalmente a carico continuano a godere della copertura totale, mentre gli altri, compresi quelli con reddito superiore al limite fissato (attualmente euro 43.675,00), purché conviventi, avranno diritto ad una copertura parziale comprensiva delle sole prestazioni di cui ai successivi paragrafi 11, 12 e 16. L'eventuale estensione facoltativa alle altre prestazioni (cfr. par. 19) sarà a totale carico del dirigente.



10. Destinatari

La Cassa dovrà erogare contributi economici a fronte di spese sanitarie per malattia, infortunio e parto alle categorie di soggetti di seguito specificate, come previsto dal CCNL per i dirigenti del settore assicurativo del 18/10/2008 ma nei limiti di seguiti indicati:

- i Dirigenti dell'IVASS (in servizio ed in pensione), purché gli stessi siano iscritti al Servizio Sanitario Nazionale a norma dell'art. 63 della Legge 23.12.1978 n. 833;
- i Consiglieri dell'IVASS, nominati ai sensi dell'art. 13, comma 13, del DL 95/2012, convertito con L.135/2012, purché gli stessi siano iscritti al Servizio Sanitario Nazionale a norma dell'art. 63 della Legge 23.12.1978 n. 833;
- i Dirigenti durante il periodo di aspettativa previsto dall'art. 13 del contratto collettivo nazionale di lavoro suddetto e per gli otto mesi successivi alla risoluzione del rapporto di lavoro, sempreché alla risoluzione non segua, entro tale periodo, l'assunzione presso un'Impresa di assicurazione tenuta all'applicazione dello stesso accordo. In tal caso, infatti, l'IVASS sarà tenuta a prestare l'assistenza sanitaria soltanto sino alla data della nuova assunzione. Gli otto mesi di cui al comma precedente sono elevati a 12 quando la risoluzione del rapporto di lavoro avvenga per superamento del comparto di malattia;
- ex Dirigenti i quali, al momento della risoluzione del rapporto di lavoro, abbiano maturato una anzianità di servizio di almeno 5 anni (di cui non meno di 3 in qualità di dirigente) alle dipendenze dell'IVASS e abbiano diritto a pensione del regime obbligatorio, con esclusione degli ex Dirigenti pensionati che abbiano in atto un rapporto di lavoro alle dipendenze di terzi. Con riferimento a tale esclusione, se dal nuovo rapporto deriva il diritto ad un trattamento di malattia che si conserva anche dopo la risoluzione del rapporto stesso, il diritto all'assistenza viene definitivamente meno dal momento dell'instaurazione del rapporto; in caso diverso l'assistenza resta sospesa sin tanto che sussiste il nuovo rapporto di lavoro. L'assistenza resta pure sospesa per tutto il tempo durante il quale il Dirigente pensionato ricopra la carica di Presidente, Vice Presidente, Amministratore Delegato o Consigliere Delegato ovvero Amministratore Unico di un'impresa del settore assicurativo, a meno che l'assunzione della carica non avvenga con il consenso dell'IVASS. La disposizione di cui al punto precedente – non applicabile, ai sensi dell'ultimo comma dell'art. 2 dell'accordo contenuto nell'allegato 7 al C.C.N.L. 15 dicembre 1994, ai Dirigenti che avessero ottenuto l'incarico ivi previsto prima del 15 dicembre 1994 – continua a non essere applicabile a questi Dirigenti anche in caso di rinnovo, senza soluzione di continuità, dell'originario incarico;
- il coniuge a carico e gli altri familiari a carico del dirigente in servizio ed in pensione – intendendosi per tali quelli per i quali il dirigente ha diritto alle detrazioni per carichi di famiglia ai sensi dell' art. 12 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi approvato con D.P.R. 22/12/1986, n. 917 - e il convivente more uxorio, che non abbia un reddito complessivo superiore al limite indicato al comma secondo del predetto articolo del testo unico delle imposte sui redditi e successive integrazioni e modificazioni. La convivenza more uxorio, che deve essere tale per cui possa considerarsi costituita una famiglia di fatto, va comprovata da documentazione ufficiale. Inoltre, il Dirigente che richiede l'assistenza per il convivente deve annualmente rilasciare al datore di lavoro una dichiarazione scritta, della quale si assume tutte le responsabilità, attestante lo stato di convivenza more uxorio che dà diritto al rimborso delle spese sostenute per il convivente;
- limitatamente alle coperture di cui ai successivi punti 11, 12 e 16, il coniuge del Dirigente (in servizio o in quiescenza), anche se non a carico, purché lo stesso sia convivente;
- i figli del Dirigente, anche se non a carico, purché gli stessi siano conviventi e non godano di un reddito annuo lordo, al 1° gennaio 2015, superiore a euro 43.675,00, sino al compimento del 21° anno di età o 26° anno di età se studenti. All'inizio di ciascun



anno successivo, tale limite verrà automaticamente adeguato sulla base della variazione dell'indice ISTAT del costo della vita (indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati) verificatasi nel mese di dicembre dell'anno precedente rispetto allo stesso mese dei due anni precedenti. Ai fini dell'applicazione del limite di reddito si fa riferimento al reddito percepito dal figlio nell'anno precedente a quello in cui vengono richiesti i rimborsi;

- il convivente more uxorio del Dirigente (in servizio o in quiescenza), sempreché non sussista, o non sussista più, vincolo matrimoniale, che abbia un reddito complessivo superiore al limite indicato al comma secondo art. 12 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi approvato con D.P.R. 22/12/1986, n. 917 e successive integrazioni e modificazioni, limitatamente alle coperture di cui ai successivi punti 11, 12 e 16 e per la sola durata della convivenza more uxorio. Per la dichiarazione dello stato di convivenza si rimanda a quanto sopra indicato;
- in caso di decesso del Dirigente in servizio o dell'ex Dirigente pensionato, continuano ad avere diritto all'assistenza sanitaria di cui alla presente assicurazione il coniuge del Dirigente deceduto, che non contragga nuovo matrimonio, nei limiti sopra descritti, nonché i figli del Dirigente medesimo che siano a carico del suddetto coniuge superstite (intendendosi per tale quelli per i quali il coniuge stesso ha diritto alle detrazioni di imposta a norma dell'art. 12 del D.P.R. 22 dicembre 1986 n. 917 e successive modificazioni ed integrazioni) ovvero, anche se non a carico, fino al 26° anno di età se siano studenti. In mancanza del coniuge l'assistenza continua ad essere riconosciuta ai figli superstiti del Dirigente che abbiano diritto a pensione indiretta o di reversibilità o fino al 26° anno di età se studenti. Resta fermo che i figli dovranno godere, individualmente, di un reddito non superiore a euro 43.675,00, per il 2015 (limite rivalutato annualmente come sopra indicato). Non entra a far parte del reddito l'importo della pensione di reversibilità.

11. Prestazioni connesse a ricoveri presso ospedali o altri istituti o case di cura

La Cassa rimborsa:

- a) In caso di intervento chirurgico, parto cesareo, gravidanza extra uterina, aborto terapeutico, in istituto di cura o anche ambulatoriale od in regime di Day Hospital:
 - onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento;
 - l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami post intervento durante il ricovero;
 - rette di degenza ed ogni altra spesa a qualsiasi titolo sostenuta (escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali dell'assistito infermo);
 - accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 gg. precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (inclusa la retta alberghiera fino all'importo di euro 124,00 giornalieri), effettuate nei 120 gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico.
- b) In caso di ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital che non comporti intervento chirurgico:
 - accertamenti diagnostici, onorari medici per prestazioni specialistiche, cure specialistiche, riguardanti il periodo di ricovero;



- rette di degenza ed ogni altra spesa a qualsiasi titolo sostenuta (escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali dell'assistito infermo);
 - accertamenti diagnostici compresi gli onorari medici specialistici effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 gg. precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (inclusa la retta alberghiera fino all'importo di euro 124,00 giornalieri), effettuate nei 120 gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'evento che ha causato il ricovero stesso.
- c) In caso di parto fisiologico:
- sala parto, accertamenti diagnostici, onorari medici specialistici e di ogni altro soggetto partecipante al parto (compresa l'assistenza pediatrica), cure specialistiche riguardanti il periodo di ricovero, con il limite assistenziale di euro 1.778,00 annuo/nucleo;
 - rette di degenza fino all'importo di euro 358,00 giornalieri (escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali dell'assistito infermo).
- d) La Cassa rimborsa, inoltre, le spese sostenute a fronte di:
- compensi a squadre di soccorso per trasporto dell'assistito infermo all'istituto di cura con qualsiasi mezzo idoneo (esclusa l'autovettura), immediatamente e strettamente necessario.
- e) Nei casi di ricovero in istituti di cura per i quali il dirigente richiede il pagamento di un anticipo, la Cassa provvederà a rimborsare, previa presentazione di un preventivo di spesa non inferiore ad euro 4.370,00, le spese sostenute a tale titolo integralmente, salvo conguaglio a cure ultimate.

12. Scoperto

Al rimborso delle spese di cui al precedente par. 11, punti a), b) c) e d), sia per i Ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta con la Cassa (sia struttura sanitaria che équipe medica), sia per i ricoveri effettuati non in convenzione diretta con la Cassa, non viene applicato alcuno scoperto.

13. Prestazioni di alta specializzazione

La Cassa rimborsa, con il limite assistenziale di euro 3.341,00 anno/nucleo aumentato di euro 1.316,00 per ciascuno dei due primi carichi familiari e di ulteriori euro 443,00 per ciascuno dei carichi familiari successivi, le spese sostenute per i più rilevanti esami diagnostici e per le terapie più avanzate (tomografia assiale computerizzata, laserterapia, risonanza magnetica e simili).

Le prestazioni di cui al presente paragrafo, vengono accordate senza l'applicazione di alcuno scoperto.



14. Prestazioni specialistiche

La Cassa rimborsa, con il limite assistenziale di euro 3.341,00 anno/nucleo aumentato di euro 1.316,00 per ciascuno dei due primi carichi familiari e di ulteriori euro 443,00 per ciascuno dei carichi familiari successivi, le seguenti “prestazioni specialistiche”

- a) visite mediche generiche e specialistiche, domiciliari o ambulatoriali;
- b) analisi ed esami diagnostici;
- c) terapie fisiche;
- d) protesi ortopediche ed apparecchi acustici;
- e) occhiali;
- f) cure termali;
- g) medicinali.

Le prestazioni di cui ai punti b), c), d) e f) sono rimborsabili solo dietro prescrizione medica.

Le prestazioni sopra elencate vengono accordate con uno scoperto del 20%, mentre quelle relative al punto g) vengono accordate con uno scoperto del 30%.

I ticket relativi alle visite specialistiche ed agli esami diagnostici sono rimborsabili senza applicazione di scoperto.

15. Cure dentarie

La Cassa rimborsa le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche nel limite massimo annuo per il complesso delle prestazioni di euro 8.500,00 quando il numero delle persone costituenti il nucleo familiare che hanno titolo per l'assistenza è di 1, di euro 10.500,00 quando detto numero è di 2, di euro 12.000,00 quando detto numero è di 3 e di euro 14.000,00 quando detto numero è di oltre 3.

Le prestazioni sopra indicate vengono rimborsate con l'applicazione di un scoperto del 10%.

Nei casi di prestazioni odontoiatriche per le quali il dirigente richiede il pagamento di un anticipo, la Cassa provvederà a rimborsare, previa presentazione di un preventivo di spesa non inferiore ad euro 4.370,00, le spese sostenute a tale titolo integralmente, salvo conguaglio a cure ultimate.

16. Cure oncologiche

La Cassa rimborsa senza alcun limite, le spese sostenute per le terapie relative a malattie oncologiche.

17. Indennità giornaliera “malattia grave”

La Cassa corrisponde un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia ed al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi. L'indennità sarà pari a euro 105,00 giornalieri con il limite di sei mesi,



e verrà erogata - previa dichiarazione del medico curante che attesti lo stato avanzato della patologia e la necessità dell'assistenza infermieristica – per le patologie di seguito riportate:

- Patologie oncologiche
- Infarto acuto del miocardio
- Insufficienza cardiaca III e IV classe NYHA
- Embolia polmonare
- Fibrosi cistica
- Pancreatite acuta
- Insufficienza epatica acuta
- Malattie demielinizzanti (ad esempio SLA, sclerosi multipla, atrofia muscolare progressiva atassie, fasie)
- Morbo di Parkinson
- Morbo di Alzheimer
- Malattia dei prioni
- Ictus ischemico ed emorragico (esclusi gli attacchi ischemici transitori TIA)
- Ischemia arterie vertebrali
- Paralisi che determini paraplegia od emiplegia
- Diabete con neuropatia periferica associata a vasculopatia obliterante arti inferiori
- Crolli vertebrali multipli (maggiori di tre)
- Amputazione di almeno 1/3 di arto a seguito di malattia
- Ustioni di terzo grado interessanti almeno il 20% della superficie corporea
- Tutti i trapianti di organi.

18. Prestazioni escluse

Rimangono escluse dal rimborso le spese per:

- retta di degenza in caso di ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo, ecc.) ancorché qualificate come cliniche o case di cura;
- malattie mentali in tutti i casi in cui esse diano luogo a trattamento sanitario obbligatorio ai sensi degli artt. 34 e 35 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833;
- malattie tubercolari in fase attiva assistibili dall'INPS;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti. Sono comunque rimborsabili le spese per cure di disintossicazione e relativi ricoveri;
- psicoterapia salvo che non sia eseguita da medico o da psicologo abilitato all'esercizio della professione;
- psicoanalisi;
- chirurgia plastica a scopo estetico (salvo quella a scopo ricostruttivo);
- agopuntura non effettuata da medico;
- infortuni sofferti in stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili;
- spese alberghiere per cure termali e idroponiche salvo quanto previsto all'art. 11, lettera a);
- in caso di ricovero, le spese sostenute per l'uso del telefono, della radio e della televisione;
- le spese di viaggio e quelle sostenute dall'eventuale accompagnatore.



19. Integrazioni facoltative a totale carico del dirigente

La Cassa dovrà inoltre prevedere, nell'ambito del massimale previsto per il nucleo familiare del dirigente, i seguenti pacchetti di estensioni facoltative, a totale carico del dirigente stesso, a favore:

- A. del coniuge non a carico fiscalmente, purché lo stesso sia convivente, e del convivente more uxorio che abbia un reddito complessivo superiore al limite indicato al comma secondo art. 12 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi approvato con D.P.R. 22/12/1986, n. 917 e successive integrazioni e modificazioni:
- a) prestazioni di cui ai par. 13 e 14;
 - b) prestazioni di cui ai par. 13,14 e 15;
 - c) prestazioni di cui ai par. 13,14 e 17;
 - d) prestazioni di cui ai par. 13,14,15 e 17;
- B. dei figli, anche se non a carico, con età superiore ai 21 anni o ai 26 anni se studenti, purché gli stessi siano conviventi:
- e) prestazioni di cui ai par. 11,12 e 16;
 - f) prestazioni di cui ai par. 11,12,13,14 e 16;
 - g) prestazioni di cui ai par. 11,12,13,14,15 e 16;
 - h) prestazioni di cui ai par. 11,12,13,14,15, 16 e 17;

che potranno essere attivati secondo le modalità da concordare con l'Istituto prima della stipula del contratto.

Il costo relativo a tali estensioni, a totale carico del dirigente, dovrà essere riportato nell'allegato 1 alla dichiarazione d'offerta ma non sarà tenuto in considerazione ai fini dell'aggiudicazione.

PARTE 3: SERVIZI DI ASSISTENZA SANITARIA A FAVORE DEL PERSONALE NON DIRIGENTE

20. Dati economici

Nella tabella che segue si riporta, ai soli fini della determinazione della base d'asta e della formulazione dell'offerta economica, il numero presunto degli aventi diritto all'assistenza sanitaria per sé e per i familiari nei limiti delle condizioni previste alla data del 1° gennaio 2016:

Categoria	Numero titolari	Contributo <i>pro capite</i> annuale massimo a carico dell'IVASS	Contributo annuale totale massimo a carico dell'IVASS TETTO DI GARA
Personale NON dirigente in servizio	340	€ 3.000,00	€ 1.020.000,00
Personale NON dirigente in quiescenza	1	€ 530,00	€ 530,00
TOTALE (TETTO A BASE DI GARA)			€ 1.020.530,00

Nella successiva tabella viene rappresentata l'evoluzione del numero dei dipendenti non dirigenti assicurati, suddivisi tra primi funzionari e non primi funzionari e per tipologia di nucleo, e del contributo annuo pro capite a carico dell'IVASS, nel corso del periodo 2011 – 2013. In tale periodo, peraltro le condizioni di assistenza erano sensibilmente più estese per i primi funzionari rispetto ai non primi funzionari (Le condizioni di assistenza per il personale non dirigente in vigore fino al 31.12 2013 sono riportate nell'allegato 4).

TIPOLOGIA ASSICURATI	2011		2012		2013	
	NUMERO ASSICURATI	CONTRIBUTO PRO CAPITE	NUMERO ASSICURATI	CONTRIBUTO PRO CAPITE	NUMERO ASSICURATI	CONTRIBUTO PRO CAPITE
NON PRIMI FUNZIONARI CON FAMILIARI A CARICO	30	€ 991,00	30	€ 1.050,00	30	€ 1.050,00
NON PRIMI FUNZIONARI SINGLE	141	€ 951,00	140	€ 1.000,00	147	€ 1.000,00
PRIMI FUNZIONARI CON FAMILIARI A CARICO	111	€ 2.303,00	118	€ 2.420,00	118	€ 2.420,00
PRIMI FUNZIONARI SOLO CON CONIUGE NON A CARICO	6	€ 2.283,00	11	€ 2.400,00	9	€ 2.400,00
PRIMI FUNZIONARI SINGLE	54	€ 2.263,00	45	€ 2.380,00	41	€ 2.380,00
PRIMI FUNZIONARI IN QUIESCENZA	2	€ 500,00	2	€ 530,00	6	€ 530,00

Negli anni 2014 e 2015 ai fini del contributo pro capite non ha rilevato la composizione del nucleo familiare e le coperture sono state le stesse per tutto il personale non dirigente, con esclusione di quelle per il personale in quiescenza, riservate ai soli dipendenti primi funzionari:

Anno	Dipendenti assicurati in servizio	Contributo pro capite a carico dell'IVASS	Primi funzionari assicurati in quiescenza	Contributo pro capite a carico dell'IVASS
2014	332	€ 2.985,00	8	€ 530,00
2015	333	€ 2.994,00	2	€ 498,00

21. Dati persone aventi diritto

Nel prospetto seguente si indicano per ciascuna categoria i dati relativi all'età media degli assistiti (dipendenti e familiari aventi diritto) alla data del 1° luglio 2015:

	Dipendenti	Familiari a carico	Coniugi non a carico	Primi funzionari in quiescenza	Familiari dei primi funz. in quiescenza
Numero	340	358	146	1	0
Età media	48 anni e 5 mesi	18 anni	46 anni e 8 mesi	64 anni e 7 mesi	

22. Andamento sinistri periodo 2010-2014

Le tabelle che seguono sono suddivise tra due categorie di dipendenti (primi funzionari e non primi funzionari) in considerazione del fatto che, come già detto, fino al 31 dicembre 2013, le condizioni di assistenza erano sensibilmente più estese per i primi funzionari rispetto ai non primi funzionari. Dal 1° gennaio 2014, le coperture sono invece le medesime con esclusione di quelle per il personale in quiescenza che sono riservate ai soli primi funzionari. Inoltre, le condizioni in vigore dal 1° gennaio 2015, rispetto a quelle al 1° gennaio 2014, sono state ampliate/integrate come segue:

- incremento del massimale per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici resi necessari da malattia o infortunio da euro 1.600 a euro 2.000 per anno assistenziale e per nucleo;
- incremento del sottolimito previsto per i trattamenti fisioterapici da euro 500 a euro 1.000;
- incremento del massimale previsto per il rimborso delle lenti da euro 200 a euro 300 per anno assistenziale e per nucleo;
- incremento del limite di rimborso per lenti da euro 65 a euro 100;
- introduzione, nell'ambito delle visite specialistiche, del rimborso delle visite pediatriche;
- introduzione del rimborso delle spese sostenute per medicinali con un sottolimito di euro 250 anno/nucleo, nell'ambito del massimale previsto per le visite specialistiche ed accertamenti diagnostici resi necessari da malattia o infortunio, con le franchigie e gli scoperti previsti in tale ambito.

Tali estensioni come indicato al successivo par. 24, a partire dal 1° gennaio 2016, entrano a far parte delle coperture cui ha diritto il personale non dirigente.

PRIMI FUNZIONARI

Anno	Importi Rimborsati (valori in euro)	Andamento tecnico
2010	393.023	1,041
2011	321.428	0,949
2012	400.637	0,978
2013	454.851	1,143

NON PRIMI FUNZIONARI

Anno	Importi Rimborsati (valori in euro)	Andamento tecnico
2010	73.544	0,477
2011	51.180	0,352
2012	62.051	0,371
2013	55.033	0,327

PRIMI FUNZIONARI E NON PRIMI FUNZIONARI

Anno	Importi Rimborsati (valori in euro)	Andamento tecnico
2014	753.618,00	0,776*

*dato aggiornato al 30 aprile 2015.

ANNO	2011		2012		2013		2014
	PRIMI FUNZIONARI	NON PRIMI FUNZIONARI	PRIMI FUNZIONARI	NON PRIMI FUNZIONARI	PRIMI FUNZIONARI	NON PRIMI FUNZIONARI	PERSONALE NON DIRIGENTE (*)
RICOVERO	144.500	41.473	165.355	49.376	246.396	42.676	296.189
ALTA DIAGNOSTICA SPECIALISTICHE/ ALTRI ACCERTAMENTI	60.213	9.707	98.706	12.675	89.449	12.357	229.422
CURE DENTARIE	116.715		136.576		119.006		228.007

(*) Primi e non primi funzionari

23. Destinatari

I destinatari delle condizioni di cui alla presente Parte 3 sono :

- i dipendenti non dirigenti in servizio;
- i familiari a carico del dipendente non dirigente, intendendosi per tali quelli per i quali il dipendente ha diritto alle detrazioni per carichi di famiglia ai sensi dell' art. 12 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi approvato con D.P.R. 22/12/1986, n. 917 - e il convivente more uxorio, che non abbia un reddito complessivo superiore al limite indicato al comma secondo del predetto articolo del testo unico delle imposte sui redditi e successive integrazioni e modificazioni. Le sole prestazioni di cui al punto 1), 2), 3) e 5) della lettera A) del par. 24 sono estese al coniuge del dipendente, anche se non a carico, purché lo stesso sia convivente, o al convivente "more uxorio" purché tale condizione sia comprovata da idonea documentazione ufficiale, con esclusione della garanzia parto.
- i primi funzionari in quiescenza, nei limiti e con le modalità indicate nel par. 26.



24. Prestazioni

La Cassa rimborsa le spese sostenute per le seguenti prestazioni con le modalità e nei limiti appresso indicati:

A. RICOVERI DI MEDICINA O CHIRURGIA ED INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI

1) Ricoveri per particolari "grandissimi interventi"

- cardiocirurgia;
- interventi per asportazione neoplasie maligne;
- interventi per malformazioni neonatali nel primo anno di vita.

2) Ricoveri per "grandi interventi", intendendosi per tali quelli indicati all'allegato 1 al presente capitolato:

- rimborso di quanto speso a qualsiasi titolo per il ricovero e/o l'intervento;
- rimborso delle spese sostenute per accertamenti diagnostici, compresi gli onorari ai medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero, nonché delle spese rese necessarie dall'intervento chirurgico - sostenute nei 120 giorni successivi al termine del ricovero - per esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, per trattamenti fisioterapici e rieducativi. incluso il noleggio dei macchinari per la fisioterapia e dei supporti ortopedici.

3) Altri ricoveri per malattia ed infortunio, diversi da quelli di cui ai punti 1) e 2), compresi i ricoveri in regime di Day Hospital, ed interventi chirurgici ambulatoriali:

- rimborso delle spese relative al ricovero e/o all'eventuale intervento chirurgico (retta di degenza, onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista, spesa camera operatoria, assistenza infermieristica, medicinali, medicazioni, esami, ecc.);
- in caso di ricovero con o senza intervento chirurgico, rimborso delle spese per accertamenti diagnostici, compresi gli onorari ai medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 gg. precedenti il ricovero, nonché delle spese rese necessarie dall'intervento chirurgico sostenute nei 120 giorni successivi al termine del ricovero per esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, per trattamenti fisioterapici e rieducativi incluso l'acquisto di piccoli supporti ortopedici o il noleggio di altri supporti o apparecchiature necessarie dalla patologia;

Per l'insieme delle prestazioni di cui ai punti 1), 2) e 3) il massimale assicurato si intende senza limite.

4) Parto

a) Parto normale:

- rimborso delle spese di degenza nel limite massimo di euro 330 giornalieri;
- rimborso di tutte le altre spese (onorario medico ostetrico, assistenza pediatrica, ostetrica) nel limite massimo di euro 2.300.

b) Parto cesareo e gravidanza extra-uterina:

- rimborso delle spese sostenute nelle stesse misure e con gli stessi limiti previsti per i ricoveri di chirurgia di cui al precedente punto 3).



5) **Indennità sostitutiva**

Qualora il dipendente non abbia richiesto per sé e/o per i familiari aventi diritto all'assistenza il rimborso delle spese di ricovero, per infortunio, malattia o parto, previste nel par. 24, lettera A), punti 1), 2), 3) e 4), ovvero non abbia per esso sostenuto alcuna spesa, avrà diritto ad una indennità di euro 50,00 per ogni giorno di ricovero, con il limite annuo di 180 giorni. Le giornate di entrata e di uscita dall'istituto o casa di cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

B. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Rimborso delle spese sostenute per prestazioni odontoiatriche entro i limiti previsti per ciascuna prestazione dall'allegato 2 al presente capitolato, con il limite massimo, per anno assistenziale per il complesso delle prestazioni riferite al nucleo familiare, pari a euro 1.750, aumentato di euro 950 per ciascuno dei primi due carichi familiari e di euro 400 per ciascuno dei carichi familiari successivi.

In alternativa al trattamento di cui al periodo precedente, al dipendente che ne faccia esplicita richiesta all'atto della presentazione della prima notula di rimborso nell'anno, verranno rimborsate, entro i limiti massimi indicati al periodo precedente, le spese effettivamente sostenute con una franchigia assoluta del 20%.

C. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRAOSPEDALIERE

- 1) Rimborso al 90% delle spese extraospedaliere sostenute e documentate per le seguenti prestazioni sanitarie e specialistiche:
 - ECOGRAFIA
 - TAC
 - ELETTROCARDIOGRAFIA
 - DOPPLER
 - DIAGNOSTICA RADIOLOGICA
 - ELETTROENCEFALOGRAFIA
 - RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE
 - SCINTIGRAFIA
 - LASERTERAPIA
 - TELECUORE
 - DIALISI

- 2) Rimborso al 80% delle spese extraospedaliere sostenute e documentate per le seguenti prestazioni sanitarie e specialistiche:
 - AGOPUNTURA (PRESTATA DA MEDICO SPECIALISTA)
 - ENDOSCOPIA
 - MAMMOGRAFIA
 - MINEROLOGIA OSSEA COMPUTERIZZATA
 - UROGRAFIA
 - ANGIOGRAFIA
 - BILANCIO ORMONALE
 - COLPOSCOPIA
 - ECOCARDIOGRAFIA
 - LOGOPEDIA



- PAP TEST
- TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI
- ACQUISTO/NOLEGGIO DI APPARECCHI PROTETICI (escluse protesi dentarie e occhiali; per le lenti la copertura è prevista nei limiti e alle condizioni di cui al successivo punto E).

Il limite massimo, per l'insieme delle prestazioni di cui ai punti 1) e 2), è di euro 6.000 per anno assistenziale e per nucleo familiare.

Nell'ambito del suindicato massimale e con il sottolimito annuo di euro 300 è previsto per il solo dipendente, alternativamente:

- in assistenza indiretta, il rimborso di un check – up diagnostico preventivo sulla base di una prescrizione medica che attesti il carattere preventivo del check – up (una o più prestazioni sanitarie prescritte a tale titolo);
- in assistenza diretta, presso un centro convenzionato la fruizione di un check-up diagnostico preventivo, le cui prestazioni sono riepilogate nell'allegato 3 al presente capitolato.

Rimborso al 100% del ticket pagato per le prestazioni di cui ai punti 1) e 2) rese dal SSN.

- 3) Rimborso al 100% delle spese sostenute e documentate per le terapie relative a malattie oncologiche (chemioterapia, cobaltoterapia, ecc.) con il limite massimo di euro 17.500 per anno assistenziale e per nucleo familiare.

D. VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Indipendentemente dal ricovero, e fino alla concorrenza del limite massimo di euro 2.000 per anno assistenziale e per nucleo familiare, la Cassa rimborsa le spese sostenute dal dipendente non dirigente per sé e/o per i familiari aventi diritto all'assistenza per le seguenti prestazioni sanitarie, domiciliari e ambulatoriali, rese necessarie da malattia od infortunio:

- onorari medici per visite specialistiche, incluse le visite pediatriche, ed escluse comunque quelle odontoiatriche ed ortodontiche;
- accertamenti diagnostici (diversi da quelli di cui al par. 24 lettera C punti 1) e 2);
- analisi ed esami diagnostici di laboratorio;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, nel limite di euro 1.000 per anno assistenziale e per nucleo familiare, inteso quale sottolimito del massimale di euro 2.000 di cui sopra, a seguito di infortunio e delle seguenti patologie: ictus, neoplasie, forme neurologiche degenerative, neuromiopatie;
- acquisto di medicinali con un sottolimito di euro 250 anno/nucleo rispetto al massimale di 2.000 euro di cui sopra. La Cassa rimborsa le spese sostenute per medicinali, prodotti da banco, prodotti omeopatici e galenici purché prescritti dal medico curante, con l'esclusione di quelli relativi a fini estetici e dell'igiene personale. Relativamente ai prodotti non bene identificati, nella prescrizione fatta dal medico dovrà essere precisato che non sono a fine estetico e/o per l'igiene. A tale scopo l'interessato dovrà presentare congiuntamente:
 - ✓ la ricetta medica in originale o in copia riportante il nominativo dell'assicurato e la diagnosi;



- ✓ lo scontrino farmaceutico fiscale con l'indicazione del nome del farmaco acquistato e, qualora il dettaglio dei farmaci acquistati non fosse presente sul precedente, lo scontrino non fiscale. Se poi il dettaglio dei farmaci acquistati non fosse presente su alcuna tipologia di scontrino, sarà comunque valida l'indicazione sulla ricetta del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

Per le prestazioni di cui alla presente lettera D), il rimborso delle spese è effettuato con l'applicazione di uno scoperto del 20%; se effettuate tramite SSN, il ticket pagato verrà rimborsato senza applicazione di scoperto o franchigia.

E. LENTI

Nei limiti del massimale di euro 300 per anno assistenziale e per nucleo familiare, è previsto il rimborso delle lenti nel limite di euro 100 per ciascuna lente; sono escluse dal rimborso le lenti a contatto usa e getta e la montatura degli occhiali. Ai fini del rimborso è necessaria certificazione medica rilasciata dal medico specialista o ottico optometrista che attesti la modifica del visus.

25. Prestazioni escluse

Sono in tutti i casi escluse dal rimborso le spese relative a:

- malattie mentali in tutti i casi in cui esse diano luogo a trattamento sanitario obbligatorio ai sensi degli artt. 34 e 35 della legge 23/12/1978, n. 833;
- malattie tubercolari in fase attiva assistibili dall'INPS;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti. Sono comunque rimborsabili le spese per cure di disintossicazione e relativi ricoveri nei limiti previsti sub A-3);
- psicoterapia non curata da medico specialista e psicoanalisi;
- chirurgia plastica a scopo estetico (salvo quella a scopo ricostruttivo);
- agopuntura non effettuata da medico;
- infortuni sofferti in stato di ubriachezza o sotto la influenza di sostanze stupefacenti o simili;
- in caso di ricovero, le spese sostenute per l'uso del telefono, della radio e della televisione;
- in caso di prestazioni effettuate all'estero, le spese di viaggio e quelle sostenute dall'eventuale accompagnatore.

26. Estensione prestazioni ai dipendenti primi funzionari in quiescenza

Le prestazioni di cui al par. 24, lettera A) punti 1) e 2) - fino alla concorrenza del massimale per anno e per nucleo familiare di euro 230.000,00 - e lettera C) punto 3) - fino alla concorrenza del massimale ivi previsto - nonché quelle di diagnostica (angiografia, endoscopia, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, tac, telecuore, tomografia ad emissione di positroni) e le rilevanti terapie (dialisi e laserterapia) nel limite massimo per anno assistenziale e per nucleo familiare di euro 3.500,00 (con applicazione dello scoperto previsto per le singole voci alla lettera C) punti 1) e 2)) sono estese ai Primi Funzionari cessati dal



servizio che al momento della risoluzione del rapporto di lavoro, esclusi i casi di licenziamento per giusta causa e giustificato motivo soggettivo, abbiano maturato il diritto alla pensione del regime obbligatorio, ovvero qualora questo diritto maturi entro 12 mesi dalla data di cessazione, per un periodo massimo di due anni successivi la data di cessazione.

In caso di decesso del dipendente Primo Funzionario la copertura assicurativa cessa anche nei confronti del nucleo familiare.

27. Anticipo

Nei casi di ricovero per il quale l'Istituto di cura richiede il pagamento di un anticipo, la Cassa, su richiesta dell'interessato, verserà a tale titolo un importo entro il limite del 50 % della somma garantita, salvo conguaglio a cure ultimate.

28. Integrazioni facoltative a totale carico del dipendente

La Cassa dovrà, inoltre, prevedere le seguenti estensioni/integrazioni facoltative a totale carico del dipendente, che potranno essere attivate secondo le modalità da concordare con l'Istituto prima della stipula del contratto:

- a) estensione della copertura per ricovero con o senza intervento chirurgico ai figli non a carico, conviventi e con reddito fino a euro 28.000, nell'ambito del massimale previsto per nucleo;
- b) integrazione per i figli non a carico, conviventi, delle coperture sub a) con tutte le altre previste in polizza, nell'ambito del massimale previsto per nucleo;
- c) integrazione per il coniuge e convivente more uxorio con reddito annuo superiore a quello previsto al comma secondo dell'art. 12 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi approvato con D.P.R. 22/12/1986, n. 917 - e successive integrazioni e modificazioni, delle coperture a carico dell'Istituto con tutte le altre previste in polizza, nell'ambito del massimale previsto per nucleo;
- d) estensione delle sole coperture, ora previste, a carico dell'IVASS, unicamente per i primi funzionari in quiescenza, anche ai dipendenti non primi funzionari, per massimo un biennio dall'atto del pensionamento;
- e) integrazione delle coperture sub d) con tutte le altre coperture previste in polizza, per tutto il personale non dirigente dall'atto del pensionamento, per massimo un biennio.

Il costo relativo a tali ulteriori eventuali coperture a totale carico del dipendente dovrà essere riportato nell'allegato 2 alla dichiarazione d'offerta ma non sarà tenuto in considerazione ai fini dell'aggiudicazione.



ALLEGATO 1 - Condizioni di assistenza per il personale non dirigente-

Prestazioni per grandi interventi

Per grandi interventi si intendono quelli per i quali la tariffa minima, approvata con D.P.R. 29.12.1965, numero 1763, prevede per il chirurgo operatore un onorario non inferiore a euro 41,32.

Sono, inoltre, comprese fra le prestazioni di cui sopra anche le seguenti, per le quali l'onorario del chirurgo operatore, previsto dalla tariffa minima approvata con decreto 1965 n. 1763, è inferiore a euro 41,32:

- cateterismo cardiaco dx e sin.;
- aortografia;
- cardioangiografia;
- pericardiotomia;
- tutta la chirurgia per la tbc, salvo il pneumotorace, toracosopia, l'aspirazione ed il drenaggio;
- toracotomia esplorativa;
- tumori bronchiali per via endoscopica;
- tumori maligni della sottomascellare;
- adenomi della tiroide;
- faringotomia ed esofagotomia;
- gastrotomia, gostrostromia, enterotomia;
- trapanazione cranica con puntura ventricolare;
- angiografia cerebrale;
- pneumoencefalografia;
- colostomia per Megacolon;
- amputazione grandi segmenti (ortopedia);
- prelievo per trapianto (ortopedia);
- osteosintesi grandi segmenti;
- ricostruzione tetto cotiloideo.

Per interventi non indicati nella tariffa si farà riferimento ai casi analoghi o simili e per gravità di intervento.

**ALLEGATO 2 - Condizioni di assistenza per il personale non dirigente-****Massimali di rimborso cure odontoiatriche**

ODONTOIATRIA	
DIAGNOSTICA	
Visita parere professionale in studio	euro 23
Visita a domicilio del paziente - diurna:	euro 40
- notturna:	euro 51
RADIOGRAFIA	
Radiografia endorale	euro 29
Radiografia extraorale	euro 34
Scialografia	euro 40
Arcata dentaria completa	euro 122
ANESTESIA	
Anestesia locale plessica	euro 23
Anestesia tronculare	euro 29
CHIRURGIA	
Alveolite - emorragia postestrattiva (per seduta)	euro 18
Avulsione dentaria o radice di dente semplice	euro 40
Avulsione dentaria indaginosa	euro 122
Avulsione di un dente in inclusione ossea	euro 144
Piccoli interventi di chirurgia orale	euro 34
Apicectomia (cura del canale a parte)	euro 111
Intervento chirurgico preprotetico (per ogni arcata)	euro 111
Biopsia	da euro 29 a euro 45
Implantologia, per ogni elemento impiantato (protesi esclusa)	euro 551
CURE CONSERVATIVE	
Medicazione per carie superficiale	euro 51
Devitalizzazione monoradicolare	euro 84
Devitalizzazione pluriradicolare	euro 106
Cura della gangrena pulpare (per seduta)	euro 34
Otturazione in cemento, ossifosfato di cavità semplice	euro 34
Otturazione in cemento, ossifosfato di cavità combinata	euro 40
Otturazione con silicato, amalgama o composito di cavità semplice	euro 73
Otturazione con silicato, amalgama o composito di cavità combinata	euro 111
Cure elettromedicali (per seduta)	euro 23
PROTESI FISSA	
Corona stampata in acciaio	euro 62
Corona stampata in oro (metallo escluso)	euro 177
Corona due tempi (metallo escluso)	euro 166
Corona in resina	euro 172
Corona in porcellana	euro 254
Corona Dawis	euro 183
Corona fusa (metallo escluso)	euro 232
Corona Richmond (metallo escluso)	euro 287
Perno moncone	euro 177
Corona 3/4 (metallo escluso)	euro 122
Elemento di ponte fuso in acciaio	euro 67
Elemento di ponte fuso in oro (metallo escluso)	euro 155
Elemento di ponte fuso in acciaio e resina	euro 100
Elemento di ponte in oro e resina (metallo escluso)	euro 287
Elemento di ponte fuso in oro e porcellana (punte platino)	euro 353

Elemento di ponte resina	euro 177
Protesi di fissazione per elemento (metallo escluso)	euro 232
Intarsio a perno	euro 100
Corona estetica in oro e resina (metallo escluso)	euro 287
Corona estetica in oro e porcellana (metallo escluso)	euro 353
Corona in resina provvisoria	euro 51
Rimozione di protesi (per corona)	euro 34
Intarsi (metallo escluso)	euro 210
PROTESI MOBILE	
Ganci filo (metallo escluso)	euro 45
Ganci fusi (metallo escluso)	euro 51
Apparecchio mobile in resina, formato da 1 elemento	euro 84
Apparecchio mobile in resina, formato da 2 elementi	euro 122
Apparecchio mobile in resina, formato da 3 elementi	euro 177
Apparecchio mobile in resina, formato da più di tre elementi	euro 84
Completo inferiore in resina	euro 1.211
Completo superiore in resina	euro 1.211
Completo superiore e inferiore in resina	euro 2.311
Scheletrato (metallo a parte) superiore a 4 elementi	euro 914
Scheletrato (metallo a parte) di 4 o inferiore a 4 elementi	euro 683
Attacchi, ammortizzatori, cerniere, incastro, ecc. (metallo escluso)	euro 177
Ribasatura diretta	euro 122
Ribasatura indiretta	euro 232
Riparazione semplice	euro 84
Aggiunta di un elemento alle riparazioni (per elemento)	euro 84
PARADENTOSI	
Ablazione tartaro e pulitura denti	euro 100
Cura stomatite (per seduta)	euro 29
Cura chirurgica delle malattie del paradenzio (per seduta)	euro 34
Gengivectomia (per ogni gruppo di 4 denti)	euro 100
ORTODONZIA INFANTILE	
Esame e studio su modelli	euro 67
Trattamento ortodontico (compresi apparecchi fissi o rimovibili):	
- primo anno di cura	euro 1.046
- ciascun anno successivo	euro 1.046



ALLEGATO 3 - Condizioni di assistenza per il personale non dirigente –

Check - up diagnostico - preventivo in assistenza diretta presso Centro convenzionato

A- DONNA CON ETA' INFERIORE A 40 ANNI

Esami di laboratorio:

- azotemia
- colesterolo totale
- colesterolo HDL
- colesterolo LDL
- creatinine mia
- emocromo completo con formula leucocitaria
- glicemia
- gamma GT
- transaminasi GOT
- transaminasi GPT
- trigliceride mia
- FT3
- FT4
- TSH
- Uricemia
- Esame completo urine
- Ricerca sangue occulto nelle feci

Esami strumentali:

- Elettrocardiogramma
- Ecografia tiroidea
- Ecografia mammaria
- Pap test
- Ecografia addominale completa
- Ecografia aorta addominale.

B- DONNA CON ETA' SUPERIORE O UGUALE A 40 ANNI

Esami di laboratorio:

- azotemia
- colesterolo totale
- colesterolo HDL
- colesterolo LDL
- creatinine mia
- emocromo completo con formula leucocitaria
- glicemia
- gamma GT
- transaminasi GOT
- transaminasi GPT
- trigliceride mia
- FT3
- FT4
- TSH



- Tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- Tempo di protrombina (PT)
- Uricemia
- Esame completo urine
- Ricerca sangue occulto nelle feci

Esami strumentali:

- Elettrocardiogramma
- Ecografia tiroidea
- Ecografia mammaria
- Mammografia
- Pap test
- Ecografia addominale completa
- Ecografia aorta addominale
- MOC o Ecocardiogramma per donne oltre i 50 anni.

C- UOMO CON ETA' INFERIORE A 40 ANNI

Esami di laboratorio:

- azotemia
- colesterolo totale
- colesterolo HDL
- colesterolo LDL
- creatinine mia
- emocromo completo con formula leucocitaria
- glicemia
- gamma GT
- transaminasi GOT
- transaminasi GPT
- trigliceride mia
- FT3
- FT4
- TSH
- Uricemia
- Esame completo urine
- Ricerca sangue occulto nelle feci

Esami strumentali:

- Elettrocardiogramma
- Ecografia tiroidea
- Ecografia addominale completa
- Ecografia aorta addominale.

D- UOMO CON ETA' SUPERIORE O UGUALE A 40 ANNI

Esami di laboratorio:

- azotemia
- colesterolo totale
- colesterolo HDL
- colesterolo LDL
- creatinine mia



- emocromo completo con formula leucocitaria
- glicemia
- gamma GT
- transaminasi GOT
- transaminasi GPT
- trigliceride mia
- Psa
- Psa free
- FT3
- FT4
- TSH
- Tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- Tempo di protrombina (PT)
- Uricemia
- Esame completo urine
- Ricerca sangue occulto nelle feci

Esami strumentali e specialistici:

- Elettrocardiogramma e visita cardiologica
- Ecografia tiroidea
- Ecografia addominale completa
- Ecografia aorta addominale
- RX torace proiezioni standard
- Ecocardiogramma per uomini oltre i 50 anni.



ALLEGATO 4 - Condizioni di assistenza per il personale non dirigente in vigore fino al 31.12 2013

PRIMI FUNZIONARI

Art. 1

Destinatari

1. I primi funzionari in servizio e quelli in quiescenza, questi ultimi nei limiti e con le modalità indicate all'art. 4.
2. I familiari a carico del Primo Funzionario, intendendosi per tali quelli per i quali il Primo Funzionario ha diritto alle detrazioni per carichi di famiglia ai sensi dell' art. 12 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi approvato con D.P.R. 22/12/1986, n. 917 – e il convivente more uxorio, che non abbia un reddito complessivo superiore al limite indicato al comma terzo del predetto articolo del testo unico delle imposte sui redditi e successive integrazioni e modificazioni. Le sole prestazioni di cui al punto 1), 2) 3) e 5) della lettera A) dell'art. 2 sono estese al coniuge del dipendente, anche se non a carico, purché lo stesso sia convivente, o al convivente "more uxorio" purché tale condizione sia comprovata da idonea documentazione ufficiale, con esclusione della garanzia parto.

Art. 2

Prestazioni

La Cassa rimborsa le spese sostenute per le seguenti prestazioni con le modalità e nei limiti appresso indicati:

A. RICOVERI DI MEDICINA O CHIRURGIA ED INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI

1) Ricoveri per particolari "grandissimi interventi"

- cardiocirurgia;
- interventi per asportazione neoplasie maligne;
- interventi per malformazioni neonatali nel primo anno di vita.

2) Ricoveri per "grandi interventi", intendendosi per tali quelli indicati all'allegato 4A

- rimborso di quanto speso a qualsiasi titolo per il ricovero e/o l'intervento;
- rimborso delle spese sostenute per accertamenti diagnostici, compresi gli onorari ai medici,

effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero, nonché delle spese rese necessarie dall'intervento chirurgico - sostenute nei 90 giorni successivi al termine del ricovero - per esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, per trattamenti fisioterapici e rieducativi. incluso il noleggio dei macchinari per la fisioterapia e dei supporti ortopedici.

3) Altri ricoveri per malattia ed infortunio, diversi da quelli di cui ai punti 1) e 2), compresi i ricoveri in regime di Day Hospital, ed interventi chirurgici ambulatoriali:

- rimborso delle spese relative al ricovero e/o all'eventuale intervento chirurgico (retta di degenza, onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista, spesa camera operatoria, assistenza infermieristica, medicinali, medicazioni, esami, ecc.);
- in caso di ricovero con o senza intervento chirurgico, rimborso delle spese per



accertamenti diagnostici, compresi gli onorari ai medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 gg. precedenti il ricovero, nonché delle spese rese necessarie dall'intervento chirurgico - sostenute nei 90 gg. successivi al termine del ricovero per esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, per trattamenti fisioterapici e rieducativi incluso l'acquisto di piccoli supporti ortopedici o il noleggio di altri supporti o apparecchiature necessarie dalla patologia;

Per l'insieme delle prestazioni di cui ai punti 1), 2) e 3) il massimale assicurato si intende senza limite.

4) Parto

a) Parto normale:

- rimborso delle spese di degenza nel limite massimo di Euro 330 giornalieri;
- rimborso di tutte le altre spese (onorario medico ostetrico, assistenza pediatrica, ostetrica) nel limite massimo di Euro 2.300;

b) Parto cesareo e gravidanza extra-uterina:

- rimborso delle spese sostenute nelle stesse misure e con gli stessi limiti previsti per i ricoveri di chirurgia di cui al precedente punto 3).

5) Indennità sostitutiva

Qualora il primo funzionario non abbia richiesto il rimborso delle spese di ricovero, per infortunio, malattia o parto, previste dall'art. 2, lettera A), punti 1), 2), 3) e 4), ovvero non abbia per esso sostenuto alcuna spesa, avrà diritto ad una indennità di € 50,00 per ogni giorno di ricovero, con il limite annuo di 180 giorni. Le giornate di entrata e di uscita dall'istituto o casa di cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

B. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Rimborso delle spese sostenute per prestazioni odontoiatriche entro i limiti previsti per ciascuna prestazione dalla allegata tabella (allegato 4B), con il limite massimo, per anno assicurativo per il complesso delle prestazioni riferite al nucleo familiare, pari a Euro 1.750, aumentato di Euro 950 per ciascuno dei primi due carichi familiari e di Euro 400 per ciascuno dei carichi familiari successivi.

In alternativa al trattamento di cui al 1° comma, al Primo Funzionario che ne faccia esplicita richiesta all'atto della presentazione della prima nota di rimborso nell'anno, verranno rimborsate, entro i limiti massimi indicati al 1° comma, le spese effettivamente sostenute con una franchigia assoluta del 20%.

C. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRAOSPEDALIERE

1) Rimborso al 90% delle spese extraospedaliere sostenute e documentate per le seguenti prestazioni sanitarie e specialistiche:

- ECOGRAFIA
- TAC
- ELETTRICARDIOGRAFIA
- DOPPLER
- DIAGNOSTICA RADIOLOGICA
- ELETTRICENEFALOGRAFIA
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE
- SCINTIGRAFIA
- LASERTERAPIA
- TELECUORE

• DIALISI

2) Rimborso al 80% delle spese extraospedaliere sostenute e documentate per le seguenti prestazioni sanitarie e specialistiche:

- AGOPUNTURA (PRESTATO DA MEDICO SPECIALISTA)
- ENDOSCOPIA
- MAMMOGRAFIA
- MINEROLOGIA OSSEA COMPUTERIZZATA
- UROGRAFIA
- ANGIOGRAFIA
- BILANCIO ORMONALE
- COLPOSCOPIA
- ECOCARDIOGRAFIA
- LOGOPEDIA
- PAP TEST
- TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI

nonché per l'acquisto /noleggio di apparecchi protesici (esclusi occhiali, lenti e protesi dentarie) e per la visita del medico specialista che abbia prescritto la prestazione sanitaria di cui sopra; i rimborsi relativi alla prestazione sanitaria e alla visita specialistica devono essere richiesti congiuntamente.

Il limite massimo, per l'insieme delle prestazioni di cui ai punti 1) e 2), è di Euro 6.000 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Nell'ambito del suindicato massimale e con il sottolimito annuo di Euro 300 è previsto per il solo dipendente il rimborso di un check – up diagnostico preventivo sulla base di una prescrizione medica che attesti il carattere preventivo del check – up/esami diagnostici prescritti a tale titolo.

Rimborso al 100% del ticket pagato per le prestazioni di cui ai punti 1) e 2) rese dal SSN.

3) Rimborso al 100% delle spese sostenute e documentate per le terapie relative a malattie oncologiche (chemioterapia, cobaltoterapia, ecc.) con il limite massimo di Euro 17.500 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

D. VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Indipendentemente dal ricovero, e fino alla concorrenza del limite massimo di Euro 1.500 per anno assicurativo e per nucleo familiare, la Cassa rimborsa le spese sostenute dal Primo Funzionario per le seguenti prestazioni sanitarie, domiciliari e ambulatoriali, rese necessarie da malattia od infortunio:

- onorari medici per visite specialistiche, escluse comunque le visite pediatriche, odontoiatriche ed ortodontiche;
- accertamenti diagnostici (diversi da quelli di cui all'art. 2 lettera C punti 1) e 2);
- analisi ed esami diagnostici di laboratorio;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, solo a seguito di infortunio, purché prescritti da medici regolarmente iscritti all'Albo, nel limite di € 500 per anno assicurativo e per nucleo familiare, inteso quale sottolimito del massimale di € 1.500 di cui sopra.

Il rimborso delle spese è effettuato con l'applicazione di uno scoperto del 20% e minimo di Euro 50 per ogni malattia od infortunio.

Per le prestazioni di cui alla presente lettera D), effettuate tramite SSN, il ticket pagato verrà rimborsato senza applicazione di scoperto o franchigia.



Art. 3 Prestazioni escluse

Sono in tutti i casi escluse dal rimborso le spese relative a:

- malattie mentali in tutti i casi in cui esse diano luogo a trattamento sanitario obbligatorio ai sensi degli artt. 34 e 35 della legge 23/12/1978 , n. 833;
- malattie tubercolari in fase attiva assistibili dall'INPS;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti. Sono comunque rimborsabili le spese per cure di disintossicazione e relativi ricoveri nei limiti previsti sub A-3);
- psicoterapia non curata da medico specialista e psicoanalisi;
- chirurgia plastica a scopo estetico (salvo quella a scopo ricostruttivo);
- agopuntura non effettuata da medico;
- infortuni sofferti in stato di ubriachezza o sotto la influenza di sostanze stupefacenti o simili;
- in caso di ricovero, le spese sostenute per l'uso del telefono, della radio e della televisione;
- in caso di prestazioni effettuate all'estero, le spese di viaggio e quelle sostenute dall'eventuale accompagnatore.

Art. 4 Estensione prestazioni ai primi funzionari in quiescenza

Le prestazioni di cui all'art. 2, lettera A) punti 1) e 2) - fino alla concorrenza del massimale per anno e per nucleo familiare di € 230.000,00 - e lettera C) punto 3) - fino alla concorrenza del massimale ivi previsto - nonché quelle di diagnostica (angiografia, endoscopia, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, tac, telecuore, tomografia ad emissione di positroni) e le rilevanti terapie (dialisi e laserterapia) nel limite massimo per anno assicurativo e per nucleo familiare di € 3.500,00 (con applicazione dello scoperto previsto per le singole voci dall'art. 2 lettera C) punti 1) e 2)) sono estese ai Primi Funzionari cessati dal servizio che al momento della risoluzione del rapporto di lavoro, esclusi i casi di licenziamento per giusta causa e giustificato motivo soggettivo, abbiano maturato il diritto alla pensione del regime obbligatorio, ovvero qualora questo diritto maturi entro 12 mesi dalla data di cessazione, per un periodo massimo di due anni successivi la data di cessazione.

In caso di decesso del Primo Funzionario la copertura assicurativa cessa anche nei confronti del nucleo familiare.

NON PRIMI FUNZIONARI

Art. 1 Destinatari

1. Personale non primi funzionari.
2. L'assistenza sanitaria di cui all'art. 2 lettera A), punti 1), 2), 3), 4), 5) e lettera B) punto 3 riguarda anche i familiari a carico del suddetto personale che hanno fatto esplicita richiesta di aderire alla copertura, intendendosi per tali quelli per i quali il dipendente ha diritto alle detrazioni per carichi di famiglia ai sensi dell' art. 12 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi approvato con D.P.R. 22.12.1986, n.917 ed eventuali successive modifiche, a condizione che aderiscano i nuclei familiari di almeno n. 30 dipendenti e che venga versato il relativo premio aggiuntivo.

Le sole prestazioni di cui all'art. 2 lettera A), punti 1) e 2) e lettera B) punto 3 possono essere estese al coniuge del dipendente, anche se non a carico, purché lo stesso sia convivente e non goda di un reddito annuo lordo superiore a Euro 26.198,67. Al primo gennaio del 2005 detto importo verrà automaticamente adeguato sulla base della variazione dell'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati verificatasi nel mese di dicembre dell'anno 2004 rispetto allo stesso mese dell'anno 2003. Con il medesimo criterio detto importo verrà rivalutato negli anni successivi.

Agli effetti dell'applicazione del precedente comma si ha riguardo all'entità del reddito percepito dal coniuge alla data del primo gennaio dell'anno in cui vengono effettuati i rimborsi.

Art. 2 Prestazioni

La Cassa rimborsa le spese sostenute per le seguenti prestazioni con le modalità e nei limiti appresso indicati:

A. RICOVERI DI MEDICINA O CHIRURGIA ED INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI

- 1) Ricoveri per particolari "grandissimi interventi"
 - cardiocirurgia;
 - interventi per asportazione neoplasie maligne;
 - interventi per malformazioni neonatali nel primo anno di vita.
- 2) Ricoveri per "grandi interventi", intendendosi per tali quelli indicati all'allegato 4A del presente documento.

Per l'insieme delle prestazioni di cui ai punti 1) e 2) il massimale assicurato per dipendente si intende senza limite, mentre per il nucleo familiare, se assicurato e a prescindere dal numero dei componenti, si intende fissato in Euro 155.000 per anno assicurativo.

Entro il massimale di cui ai precedenti punti 1) e 2):

- rimborso di quanto speso a qualsiasi titolo per il ricovero e/o l'intervento;
- rimborso delle spese sostenute per accertamenti diagnostici, compresi gli onorari ai medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero, nonché delle spese rese necessarie dall'intervento chirurgico - sostenute nei 90 giorni successivi al termine del ricovero - per esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, per trattamenti fisioterapici e rieducativi.



3) Altri ricoveri per malattia ed infortunio (diversi da quelli di cui ai punti 1) e 2)) e per parto cesareo e gravidanza extra-uterina compresi interventi chirurgici ambulatoriali ed interventi chirurgici in regime di Day Hospital:

- rimborso delle spese relative al ricovero e/o all'eventuale intervento chirurgico (retta di degenza, onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista, spesa camera operatoria, assistenza infermieristica, medicinali, medicazioni, esami, ecc.);
- in caso di ricovero con o senza intervento chirurgico, rimborso delle spese per accertamenti diagnostici, compresi gli onorari ai medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero, nonché delle spese rese necessarie dall'intervento chirurgico sostenute nei 90 giorni successivi al termine del ricovero per esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, per trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- in caso di ricovero con intervento in regime di Day Hospital anche in assistenza diretta. Per day hospital con intervento chirurgico si intende: intervento chirurgico effettuato in istituto di cura, in regime di degenza diurna, che non comporti pernottamento e purché la stessa si protragga per almeno 5 ore al giorno documentato da cartella clinica;

con il limite massimo giornaliero, per i casi di ricovero, di € 260 a persona per retta di degenza e con il limite massimo, per il complesso delle prestazioni, di € 7.000 per anno assicurativo e per nucleo familiare (composto dal solo dipendente), elevato di € 2.000 per ciascuno dei primi due carichi familiari e di ulteriore € 1.000 per ciascuno dei carichi familiari successivi.

4) Parto normale

- rimborso delle spese di degenza nel limite massimo di € 330 giornaliere;
- rimborso di tutte le altre spese (onorario medico ostetrico, assistenza pediatrica, ostetrica) nel limite massimo di € 2.300.

5) Indennità sostitutiva

Qualora l'Assistito per malattie o l'infortunio denunciati non abbia sostenuto alcuna spesa, avrà diritto ad una indennità di Euro 42 per ogni giorno di ricovero, con il limite annuo nucleo familiare di 180 giorni. La giornata di entrata e di uscita dall'istituto di cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

B. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRAOSPEDALIERE

1) Rimborso al 80% delle spese extraospedaliere sostenute e documentate per le seguenti prestazioni sanitarie e specialistiche:

- ECOGRAFIA
- TAC
- ELETTROCARDIOGRAFIA
- DOPPLER
- DIAGNOSTICA RADIOLOGICA
- ELETTROENCEFALOGRAFIA
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE
- SCINTIGRAFIA
- LASERTERAPIA
- TELECUORE
- DIALISI

2) Rimborso al 70% delle spese extraospedaliere sostenute e documentate per le seguenti



prestazioni sanitarie e specialistiche:

- AGOPUNTURA (PRESTATO DA MEDICO SPECIALISTA)
- ENDOSCOPIA
- MAMMOGRAFIA
- MINEROLOGIA OSSEA COMPUTERIZZATA
- UROGRAFIA
- COLPOSCOPIA
- ECOCARDIOGRAFIA
- LOGOPEDIA

con il limite massimo, per l'insieme delle prestazioni di cui ai punti 1) e 2), di Euro 3.000 per anno

assicurativo e per impiegato.

Rimborso al 100% del ticket pagato per le prestazioni di cui ai punti 1) e 2) rese dal SSN.

3) Rimborso al 100% delle spese sostenute e documentate per trattamenti chemioterapici e radioterapici, anche indipendentemente dal ricovero, fino ad un anno dall'accertamento della malattia con il limite massimo di Euro 17.500 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Art. 3

Prestazioni escluse

Sono in tutti i casi escluse dal rimborso le spese relative a:

- malattie mentali in tutti i casi in cui esse diano luogo a trattamento sanitario obbligatorio ai sensi degli artt. 34 e 35 della legge 23.12.1978, n.833;
- malattie tubercolari in fase attiva assistibili dall'INPS;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psico farmaci o stupefacenti. Sono comunque rimborsabili le spese per cure di disintossicazione e relativi ricoveri nei limiti previsti sub A-3);
- psicoterapia non curata da medico specialista e psicoanalisi;
- chirurgia plastica a scopo estetico (salvo quella a scopo ricostruttivo);
- le cure dentarie e delle paradontopatie;
- agopuntura non effettuata da medico;
- infortuni sofferti in stato di ubriachezza o sotto la influenza di sostanze stupefacenti o simili;
- in caso di ricovero, le spese sostenute per l'uso del telefono, della radio e della televisione,
- in caso di prestazioni effettuate all'estero, le spese di viaggio e quelle sostenute dall'eventuale accompagnatore.



ALLEGATO 4A - PRESTAZIONI PER GRANDI INTERVENTI

Per grandi interventi si intendono quelli per i quali la tariffa minima, approvata con D.P.R. 29.12.1965, numero 1763, prevede per il chirurgo operatore un onorario non inferiore a Euro 41,32

Sono, inoltre, comprese fra le prestazioni di cui sopra anche le seguenti, per le quali l'onorario del

chirurgo operatore, previsto dalla tariffa minima approvata con decreto 1965 n. 1763, è inferiore a Euro 41,32:

- cateterismo cardiaco dx e sin.;
- aortografia;
- cardioangiografia;
- pericardiotomia;
- tutta la chirurgia per la tbc, salvo il pneumotorace, toracosopia, l'aspirazione ed il drenaggio;
- toracotomia esplorativa;
- tumori bronchiali per via endoscopica;
- tumori maligni della sottomascellare;
- adenomi della tiroide;
- faringotomia ed esofagotomia;
- gastrotomia, gostrotonomia, enterotomia;
- trapanazione cranica con puntura ventricolare;
- angiografia cerebrale;
- pneumoencefalografia;
- colostomia per Megacolon;
- amputazione grandi segmenti (ortopedia);
- prelievo per trapianto (ortopedia);
- osteosintesi grandi segmenti;
- ricostruzione tetto cotiloideo.

Per interventi non indicati nella tariffa si farà riferimento ai casi analoghi o similari e per gravità di intervento.

**ALLEGATO 4B -TARIFFE PER L'ASSISTENZA ODONTOIATRICA****Massimali di rimborso cure odontoiatriche**

ODONTOIATRIA	
DIAGNOSTICA	
Visita parere professionale in studio	euro 23
Visita a domicilio del paziente - diurna:	euro 40
- notturna:	euro 51
RADIOGRAFIA	
Radiografia endorale	euro 29
Radiografia extraorale	euro 34
Scialografia	euro 40
Arcata dentaria completa	euro 122
ANESTESIA	
Anestesia locale plessica	euro 23
Anestesia tronculare	euro 29
CHIRURGIA	
Alveolite - emorragia postestrattiva (per seduta)	euro 18
Avulsione dentaria o radice di dente semplice	euro 40
Avulsione dentaria indaginosa	euro 122
Avulsione di un dente in inclusione ossea	euro 144
Piccoli interventi di chirurgia orale	euro 34
Apicectomia (cura del canale a parte)	euro 111
Intervento chirurgico preprotetico (per ogni arcata)	euro 111
Biopsia	da euro 29 a euro 45
Implantologia, per ogni elemento impiantato (protesi esclusa)	euro 551
CURE CONSERVATIVE	
Medicazione per carie superficiale	euro 51
Devitalizzazione monoradicolare	euro 84
Devitalizzazione pluriradicolare	euro 106
Cura della gangrena pulpare (per seduta)	euro 34
Otturazione in cemento, ossifosfato di cavità semplice	euro 34
Otturazione in cemento, ossifosfato di cavità combinata	euro 40
Otturazione con silicato, amalgama o composito di cavità semplice	euro 73
Otturazione con silicato, amalgama o composito di cavità combinata	euro 111
Cure elettromedicali (per seduta)	euro 23
PROTESI FISSA	
Corona stampata in acciaio	euro 62
Corona stampata in oro (metallo escluso)	euro 177
Corona due tempi (metallo escluso)	euro 166
Corona in resina	euro 172
Corona in porcellana	euro 254
Corona Dawis	euro 183
Corona fusa (metallo escluso)	euro 232
Corona Richmond (metallo escluso)	euro 287
Perno moncone	euro 177
Corona 3/4 (metallo escluso)	euro 122
Elemento di ponte fuso in acciaio	euro 67
Elemento di ponte fuso in oro (metallo escluso)	euro 155
Elemento di ponte fuso in acciaio e resina	euro 100
Elemento di ponte in oro e resina (metallo escluso)	euro 287

Elemento di ponte fuso in oro e porcellana (punte platino)	euro 353
Elemento di ponte resina	euro 177
Protesi di fissazione per elemento (metallo escluso)	euro 232
Intarsio a perno	euro 100
Corona estetica in oro e resina (metallo escluso)	euro 287
Corona estetica in oro e porcellana (metallo escluso)	euro 353
Corona in resina provvisoria	euro 51
Rimozione di protesi (per corona)	euro 34
Intarsi (metallo escluso)	euro 210
PROTESI MOBILE	
Ganci filo (metallo escluso)	euro 45
Ganci fusi (metallo escluso)	euro 51
Apparecchio mobile in resina, formato da 1 elemento	euro 84
Apparecchio mobile in resina, formato da 2 elementi	euro 122
Apparecchio mobile in resina, formato da 3 elementi	euro 177
Apparecchio mobile in resina, formato da più di tre elementi	euro 84
Completo inferiore in resina	euro 1.211
Completo superiore in resina	euro 1.211
Completo superiore e inferiore in resina	euro 2.311
Scheletrato (metallo a parte) superiore a 4 elementi	euro 914
Scheletrato (metallo a parte) di 4 o inferiore a 4 elementi	euro 683
Attacchi, ammortizzatori, cerniere, incastro, ecc. (metallo escluso)	euro 177
Ribasatura diretta	euro 122
Ribasatura indiretta	euro 232
Riparazione semplice	euro 84
Aggiunta di un elemento alle riparazioni (per elemento)	euro 84
PARADENTOSI	
Ablazione tartaro e pulitura denti	euro 100
Cura stomatite (per seduta)	euro 29
Cura chirurgica delle malattie del paradenzio (per seduta)	euro 34
Gengivectomia (per ogni gruppo di 4 denti)	euro 100
ORTODONZIA INFANTILE	
Esame e studio su modelli	euro 67
Trattamento ortodontico (compresi apparecchi fissi o rimovibili):	
- primo anno di cura	euro 1.046
- ciascun anno successivo	euro 1.046