

TARIFFARIO-NOMENCLATORE

(Integra vigente Regolamento)

In vigore da 01-01-2022

Approvato con Delibera Consiglio Amministrazione F.I.D.A.
Seduta n° 26 del 23 DICEMBRE 2021

Il sottoscritto MARIO FEDERICI in qualità di legale rappresentante pro tempore del fondo "F.I.D.A. Ravenna - Versalis e aziende di settore associate" dichiara che il presente atto è stato approvato dagli organi deliberativi stabiliti nell'atto costitutivo/statuto.

Presidente - Legale Rappresentante
(Mario Federici)

TARIFFARIO-NOMENCLATORE

Dipendenti

PER QUANTO NON ESPRESSAMENTE SPECIFICATO NEL PRESENTE TARIFFARIO, SI RIMANDA AL VIGENTE "Regolamento F.I.D.A. Ravenna".



1.) PRESTAZIONI IN REGIME S.S.N.-S.S.R. Ticket AUSL

Descrizione	Quota Rimborso €
<ul style="list-style-type: none">• Ticket AUSL SSN-SSR "COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA" con allegata idonea documentazione. Inclusi Ticket SSN-SSR come da elenco "PRESTAZIONI ALTA SPECIALIZZAZIONE". Ticket AUSL SSN-SSR per prestazioni come da elenco 11.) 18.) sono soggetti a massimali.	Intero Importo

2.) "DIAGNOSTICA ALTA SPECIALIZZAZIONE" presso centri sanitari privati / libera professione

Descrizione	Quota Rimborso €
<ul style="list-style-type: none">• Elenco prestazioni "DIAGNOSTICA ALTA SPECIALIZZAZIONE" (Vedi COMPENDIO INFORMATIVO alle pagine successive). Allegare copia documentazione sanitaria prescrittiva.	Intero Importo <i>(quando fruite in strutture sanitarie Convenzionate F.I.D.A.)</i>

3.) VISITE SPECIALISTICHE (in regime di libera professione. La fattura/ricevuta di spesa deve riportare il dettaglio della prestazione fruita. Rif. Art.12 comma 5-paragr. c "Regolamento")

Descrizione	Quota Rimborso €
<ul style="list-style-type: none">• Con costo fino a 80 €	50% Totale Importo
<ul style="list-style-type: none">• Con costo superiore a 80 €	40 + 10% Totale Importo
<ul style="list-style-type: none">• Visita Medico-Sportiva, anche Agonistica con "Test Ergometrico prova da sforzo consumo O₂" (1 visita / anno solare).	Intero Importo
<ul style="list-style-type: none">• Visita Medico-Sportiva (seconda visita nell'anno solare o Vis. Agonistica cumulata con precedente "Test Ergometrico prova da sforzo consumo O₂" ("PACCHETTO PREVENZIONE").	15
<ul style="list-style-type: none">• Visita Medica Rilascio / Rinnovo Patente guida auto-moto veicoli (1 visita / anno solare). <i>Esclusi costi per lavorazione pratica, esami integrativi, peritali ecc... e in tutti i casi conseguenti a revoca-sospensione.</i>	Intero Importo della visita medica.

4.) ANALISI DI LABORATORIO (in regime di libera professione. Allegare copia della relativa patologia-prescrittiva medica e/o certificazione anamnestica. Rif. Art.12 comma 5-paragr. d "Regolamento")

Descrizione	Quota Rimborso €
<ul style="list-style-type: none">• Esami / Analisi di Laboratorio	Contributo 50%

5.) ESAMI DIAGNOSTICI-INDAGINI STRUMENTALI presso centri sanitari privati / libera professione incluse prestazioni "DIAGNOSTICA ALTA SPECIALIZZAZIONE" *quando fruite presso centri-strutture NON Convenzionati F.I.D.A.* (Allegare copia della relativa patologia-prescrittiva medica e/o certificazione anamnestica. Rif. Art.12 comma 5-paragr.d "Regolamento").

Descrizione	Quota Rimborso €
<ul style="list-style-type: none">• Con costo fino a 80 €	50% Totale importo
<ul style="list-style-type: none">• Con costo superiore a 80 €	40 + 10 % Totale Fattura



**6.) PRESIDI OCULISTICI - Contributo ANNUALE per ogni singola voce di spesa per:
Occhiale Completo ⁽¹⁾, Sostituzione Lenti, Sostituzione Montatura, Lenti a Contatto.**

Descrizione	Quota Rimborso €
• Occhiale completo di lenti correttive monofocali con costo fino a 160 euro.	80
• Occhiale completo di lenti correttive monofocali con costo superiore a 160 euro	80 + 10% del totale
• Occhiale completo di lenti correttive multifocali con costo fino a 320 euro ⁽²⁾	160
• Occhiale completo di lenti correttive multifocali con costo superiore a 320 euro ⁽²⁾	160 + 10% del totale
• Sostituzione di lenti per occhiali	80
• Sostituzione di montature	45
• Lenti a contatto con costo fino a 260 Euro/anno ⁽³⁾	130
• Lenti a contatto con costo superiore a 260 Euro/anno ⁽³⁾	130 + 10% del totale

⁽¹⁾ Rimborso annuo non cumulativo con successivi acquisti di altri occhiali differente tipologia (monofocali, multifocali, progressivi, ecc...).

⁽²⁾ In alternativa, la stessa quota rimborso è erogata nel caso di acquisto di **2 paia** occhiale completo aventi differente gradazione lenti (lontano + vicino), purché inclusi in **unica fattura**.

⁽³⁾ Per Lenti a contatto di durata giornaliera/mensile/trimestrale, presentare il cumulo degli scontrini-ricevute di acquisto o fattura cumulativa per l'anno solare di competenza.

Documentazione obbligatoria da allegare:

- **Copia fattura o scontrino con codice fiscale, riportante dati/descrizione leggibili: "occhiale da vista e/o lenti a contatto graduate"**
- **Copia certificazione CE dell'occhiale, obbligatoria per legge, fornita dall'Ottico rivenditore intestata al destinatario, riportante le specifiche della montatura e/o lenti correttive acquistate**
- **Copia certificato "gradazione-visus"**

7.) VACCINAZIONI IMMUNOTERAPICHE - FARMACI IMMUNOTEPIA ALLERGENE SPECIFICA.

Allegare copia della relativa patologia-prescrittiva medica e/o certificazione anamnestica.

Rif. Art.12 comma 4 "Regolamento"

MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE

€ 150,00

Descrizione	Quota Rimborso €
<ul style="list-style-type: none"> • Vaccinazioni immunoterapiche per soggetti a rischio patologie infettive censite e contraibili nel Paese di residenza. • Farmaci per "Immunoterapia Allergene Specifica". • Vaccinazione profilassi antitumorale da Papilloma Virus (anti-HPV) UOMINI. 	Contributo 30%

NESSUN LIMITE MASSIMALE ANNUO

Descrizione	Quota Rimborso €
<ul style="list-style-type: none"> • Vaccinazione profilassi antitumorale da Papilloma Virus (anti-HPV) per le DONNE. 	Intero Importo



F.I.D.A.

Fondo Integrativo Di Assistenza Ravenna

- versalis e aziende di settore associate -

TARIFFARIO-NOMENCLATORE "Dipendenti"

8.) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Allegare il **modulo "mod.R02" SPESE ODONTOIATRICHE**, compilato e firmato dal medico odontoiatra. Interventi di implantologia, ricostruzioni complesse con spese complessive **superiori a €3000**, allegare copia della **RADIOGRAFIA ENDORALE o PANORAMICA** prima e al termine della cura.

MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE

€ 2.500,00

Descrizione	Quota Rimborso €
• Visita odontostomatologica ⁽¹⁾	30
(1) Prestazione non cumulabile a rimborso con "Igiene Orale - Parodontologia-Levigatura radicolare" se presenti nello stesso ciclo di intervento da cui le relative fatture-ricevute di spesa.	
Radiologia	
• Ortopantomografia	21
• Radiografia endorale	6
Igiene orale e parodontologia	
• Ablazione tartaro (max 3 sedute annue) ⁽²⁾	30
• Levigatura radicolare (max 2 sedute annue) ⁽²⁾	25 a quadrante
(2) Prestazioni non cumulabili a rimborso per stessa seduta di intervento e/o inserite nello stesso ciclo di cure da cui le relative fatture-ricevute di spesa.	
Chirurgia (compresa anestesia)	
• Intervento chirurgico paradontale	65
• Estrazione di dente o radice	30
• Estrazione di ottavo in inclusione ossea	50
• Gengivectomia o innesto osseo	30
• Rizotomia (escluso lembo)	30
• Apicectomia	45
Terapia conservativa (compreso anestesia e montaggio diga)	
• Otturazione semplice (in amalgama o in composito)	30
• Ricostruzione complessa in composito con / senza perno endocanalare	40
• Terapia canalare (per canale)	30
• Sigillatura (per elemento dentario)	20
Protesi fissa (compreso anestesia)	
• Provvisorio in resina (per elemento)	20
• Corona-capsula-elemento impianto composito ceramica-integrale-zirconio	130
• Intarsio in composito ceramica-integrale-zirconio	130
• Perno moncone (escluso elemento protesico)	45
• Rimozione protesi (per pilastro)	15
Implantologia	
• Impianto osteointegrato compresi monconi per protesi	220



- Segue PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE -

Descrizione	Quota Rimborso €
Protesi mobili	
• Protesi mobile parziale in resina con ganci	100
• Protesi mobile totale per arcata	200
• Protesi mobile parziale con attacchi	250
• Protesi mobile totale con attacchi	300
• Scheletrato con ganci	220
• Ribasatura di protesi mobile in resina	42
• Byte-plane o placca di svincolo	42
• Riparazione di apparecchio in resina o scheletrato	40
• Trattamenti di ortodonzia con i relativi apparecchi	Contributo 30% (max annuo €200)

9.) TERAPIE SPECIALISTICHE - In regime libera professione presso Centri Sanitari abilitati. Allegare copia della relativa patologia-prescrittiva medica e/o certificazione anamnestica. Rif. Art.12 comma 4 "Regolamento"

MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE

€ 300,00

Descrizione	Quota Rimborso €
• Terapie Riabilitative, Strumentali, Massofisioterapia, FKT, Sedute-Controlli Dietologici ⁽¹⁾ .	10 (a seduta)
• Terapie Riabilitative con STRUMENTAZIONE A NOLO presso domicilio (costo intero ciclo di utilizzo).	Contributo 30%
• Infiltrazioni intrarticolari (incluso il farmaco impiegato).	Contributo 30%
• Terapie con Cure Termali	8 (a seduta)

⁽¹⁾ **Esclusa la prima visita specialistica dietologica con anamnesi prescrittiva, rimborsabile come da punto 3.)**

**10.) TERAPIE RIABILITATIVE CON INVALIDITÀ CIVILE 100% (NON Inabile al Lavoro).
Consegnare alla Segreteria del Fondo, copia della documentazione comprovante la condizione di invalidità.**

MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE

€ 1.000,00

Descrizione	Quota Rimborso €
• Terapie Riabilitative, Strumentali, Massofisioterapia, FKT, Sedute-Controlli Dietologici ⁽¹⁾ .	10 (a seduta)
• Terapie Riabilitative con STRUMENTAZIONE A NOLO presso domicilio (costo intero ciclo di utilizzo).	Contributo 30%
• Infiltrazioni intrarticolari (incluso il farmaco impiegato).	Contributo 30%
• Terapie con Cure Termali	8 (a seduta)

11.) CICLO CURE TERMALI FRUITE TRAMITE S.S.N./AUSL

MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE

€ 165,00

Descrizione	Quota Rimborso €
• Ciclo Cure Termali fruite presso strutture convenzionate S.S.N. / AUSL	Intero Importo Ticket SSN-SSR / AUSL

12.) PSICOANALISI / PSICOTERAPIA

MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE

€ 180,00

Descrizione	Quota Rimborso €
• Seduta di Psicoanalisi-Psicoterapia (inclusa Logopedia)	20 (a seduta)

La prescrizione è riferita alla "prima visita specialistica" (rimborsata come da punto 3.). Le successive visite/sedute vengono indistintamente rimborsate come "Sedute di psicoanalisi-psycooterapia".

13.) PSICOTERAPIA RIABILITATIVA CONSEGUENTE A PATOLOGIE CRONICHE ⁽¹⁾

MASSIMALE ANNUO

€ 500,00

Descrizione	Quota Rimborso €
• Seduta di Psicoterapia Riabilitativa (inclusa Logopedia).	50 (max a seduta)

⁽¹⁾ Allegare documentazione patologia

14.) INTERVENTI CHIRURGICI / INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI-"DAY-HOSPITAL"

MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE

€ 500,00

Descrizione	Quota Rimborso €
• INTERVENTI CHIRURGICI, anche a mezzo laser. Interventi chirurgici AMBULATORIALI-"DAY-HOSPITAL. Ammessa al rimborso la Chirurgia Estetica solo a scopo riabilitativo conseguente ad eventi lesivi (Rif. Art.12 comma 5-paragr. f "Regolamento"). Assistenza chirurgica al parto. Allegare copia certificazione anamnestica riportante la tipologia di intervento eseguito.	Contributo 30%

15.) DIARIA GIORNALIERA RICOVERO

MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE

180 gg. per anno solare

Descrizione	Quota Rimborso €
• Diaria giornaliera presso qualsiasi struttura ospedaliera senza vincolo di patologia, a partire dall'ottavo giorno di ricovero. I giorni si sommano nei casi di ripetuti ricoveri per la stessa patologia.	10/giorno



16.) DISPOSITIVI MEDICI - PROTESI ORTOPEDICHE - AUDIOMETRICHE - IMPIANTABILI ATTIVI SU MISURA - ELETTROMEDICALI - STRUMENTI DI MISURA.**MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE****€ 200,00**

Descrizione	Quota Rimborso €
<ul style="list-style-type: none"> Dispositivi Medici - Protesi Ortopediche - Protesi per Apparato Uditivo - Impiantabili Attivi su misura - Dispositivi Elettromedicali - Strumenti di Misura. Saranno ammessi a rimborsi i Dispositivi <u>inclusi</u> nella "Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici (CND)" di cui al D.M. Min. Salute (consultabile nel sito web www.salute.gov.it del Ministero. 	Contributo 30%

Allegare alla richiesta: copia della prescrizione medico-diagnostica, copia fattura/ricevuta di spesa, copia del fascicolo tecnico del Dispositivo o copia della confezione comprovante l'esatta tipologia del Dispositivo e la marcatura CE che ne attesti la Conformità alle direttive europee 90/385/CEE.

Richieste di rimborso superiori ai massimali stabiliti a seguito di evento di particolare rilevanza traumatica subito dal dipendente Associato, saranno sottoposte a delibera del C.d.A.

17.) PRESTAZIONI SPECIALISTICHE**MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE****€ 200,00**

Descrizione	Quota Rimborso €
<ul style="list-style-type: none"> Corsi psicoprofilattici al parto 	Contributo 30%
<ul style="list-style-type: none"> Assistenza infermieristica domiciliare 	30 al giorno (max 10gg.)
<ul style="list-style-type: none"> Iniezione intramuscolare / Medicazioni 	5 (cadauna / intervento)
<ul style="list-style-type: none"> Flacone plasma 	Contributo 30%
<ul style="list-style-type: none"> Trasporto con ambulanza. 	Rimborso totale importo fattura fino a massimale.

18.) INDAGINI / ESAMI / VISITE A SCOPO PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA ("RICERCA FERTILITÀ"). RICERCA ANOMALIE CROMOSOMICHE IN GRAVIDANZA.**MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE****€ 500,00**

Descrizione	Quota Rimborso €
<ul style="list-style-type: none"> Esami laboratorio - Esami Diagnostici - Visite Specialistiche - Interventi Ambulatoriali a scopo "Misura Procreativa" / "Ricerca Fertilità", eseguiti indistintamente presso strutture private o S.S.N. - S.S.R. Indagini-Esami-Visite Specialistiche per "ricerca anomalie cromosomiche in gravidanza" presso strutture private o S.S.N. - S.S.R. <p>Allegare copia certificazione medico-prescrittiva-anamnestica.</p>	<p>- Intero Importo ricevuta/fattura e/o Ticket SSN/SSR-AUSL.</p> <p>Le singole ricevute di spesa possono essere consegnate cumulativamente entro l'anno solare di competenza.</p>

19.) SUSSIDIO "MORTIS CAUSA" e SOLIDARIETÀ - rif. Art.13 comma 3 vigente "Regolamento"

Descrizione	Quota Rimborso €
• Sussidio "MORTIS CAUSA" a seguito di decesso del dipendente iscritto.	3000
• Sussidio di SOLIDARIETÀ commisurato al carico familiare del dipendente deceduto.	€2,00 x nr. componenti il nucleo familiare (compreso il dipendente iscritto) x il nr. Dipendenti Associati F.I.D.A. registrati al primo gennaio dell'anno in cui si è avvenuto il decesso.

20.) INTERVENTI DI ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA

Descrizione	Quota Rimborso €
<p>• PROLUNGATA ASSENZA DAL LAVORO CAUSA MALATTIA.</p> <p>In caso di retribuzione ridotta o azzerata per superamento limiti di comportamento fissati dal CCNL, causa prolungata assenza per malattia o in aspettativa non retribuita per malattia del dipendente Associato F.I.D.A., sarà erogato un contributo pari alla differenza fra la retribuzione percepita e l'importo max di 1.100 €/mese. In tutti i casi il contributo complessivo non potrà comunque superare la retribuzione ordinaria. Per attivare l'intervento, su richiesta del lavoratore, per tramite della propria azienda, verrà trasmesso alla Segreteria F.I.D.A. il PROSPETTO DELLE COMPETENZE MENSILI ridotte/azzerate, con evidenza di altri importi "trattenuti" nonché delle voci di spesa mensili personali (rate assicurazioni, prestiti, arrotondamenti, ecc...). Tale contributo, erogato per max 12 interventi (entro l'arco temporale di 36 mesi), non potrà cumularsi con le competenze, seppur ridotte, corrisposte dall'azienda, incluse 13a, 14a, premi integrativi ecc.... e con quote da Istituti previdenziali o assicurativi (ad es. assegno di invalidità/inabilità, ecc.... <i>esclusi gli assegni familiari ed eventuali rimborsi fiscali</i>). In caso di interventi consecutivi erogati dal Fondo con retribuzione azzerata, il periodo di max 12 interventi sarà rapportato ad un arco temporale di 12 mesi. La corresponsione di ulteriori contribuzioni oltre i 12 mesi potrà avvenire solo dietro delibera del C.d.A., previa verifica andamento economico-finanziario del Fondo.</p> <p>• In caso di grave malattia del dipendente Associato F.I.D.A., con lunghi periodi di degenza ospedaliera, intervento chirurgico con assenza dal lavoro, potrà essere corrisposto, dietro delibera del C.d.A. previa verifica andamento economico-finanziario del Fondo, un contributo straordinario commisurato ai giorni di assenza per malattia, ricovero e alla distanza del luogo di degenza dal proprio domicilio. Il contributo non potrà comunque cumularsi con altre indennità di sostegno al reddito eventualmente percepite (ass. invalidità / inabilità, altre coperture assicurative, ecc...)</p> <p>• In caso di grave malattia o grave intervento chirurgico dell'iscritto o dei suoi familiari (coniuge e figli) o grave evento assimilabile ai casi sopra indicati, potrà essere concesso un prestito infruttifero o anticipo, nella misura massima di €5.000, restituibile –senza interessi– con rate mensili. La concessione del prestito o anticipo, vincolata alla presentazione di apposita domanda, avverrà secondo le modalità stabilite dal vigente Regolamento.</p>	

21.) PRESTAZIONI A FAVORE DI SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI**MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE****€ 100,00**

Descrizione	Quota Rimborso €
<ul style="list-style-type: none"> <i>Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria</i> al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio di soggetti non autosufficienti, con particolare riguardo all'assistenza tutelare, all'aiuto personale nello svolgimento delle attività quotidiane, all'aiuto domestico familiare, alla promozione di attività di socializzazione, volta a favorire stili di vita attivi. 	5% della spese sostenute ed effettivamente rimaste a carico del dipendente Associato
<ul style="list-style-type: none"> <i>Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale</i>, correlate alla natura del bisogno, erogate in ambito domiciliare, semi residenziale e residenziale, articolate in base all'intensità, complessità e durata dell'assistenza. 	5% della spese sostenute ed effettivamente rimaste a carico del dipendente Associato

Per *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria* si intendono quelle contenute nell'art. 13 del vigente Regolamento.

Il contributo sarà erogato dietro presentazione di idonea documentazione di spesa con le modalità e i termini previsti dal vigente Regolamento.

22.) PACCHETTO PREVENZIONE presso qualsiasi struttura privata (regime libera professione)

Descrizione	Rimborso €
<ul style="list-style-type: none"> "Test Ergometrico - Prova da sforzo consumo O₂". Una volta all'anno solare per DONNE e UOMINI. Non cumulabile con Visita Medico Sportiva Agonistica. 	Intero Importo
<ul style="list-style-type: none"> Esame colpocitologico cervico-vaginale (<i>PAP TEST</i>). Una volta all'anno solare per le DONNE (a partire dai 35 anni). 	Intero Importo
<ul style="list-style-type: none"> Antigene prostatico specifico (<i>PSA</i>). Una volta all'anno solare per gli UOMINI (a partire dai 40 anni). 	Intero Importo

23.) SOSTEGNO ALLA MATERNITÀ - PATERNITÀ

Descrizione	Quota Rimborso €
<ul style="list-style-type: none"> All'atto della nascita⁽¹⁾ o di completa adozione di <i>un figlio</i>, erogazione di un contributo dell'importo di €750 a favore del genitore dipendente Associato F.I.D.A. 	750
<ul style="list-style-type: none"> All'atto della nascita⁽¹⁾ o di completa adozione di <i>un figlio</i>, erogazione di un sussidio per acquisto di prodotti neo-natalità presso le Farmacie (alimenti per l'infanzia, prodotti per l'igiene, paramedicali ecc.). Per ottenere il contributo, presentare la relativa documentazione di spesa in <i>un'unica richiesta</i> cumulativa di tutte le ricevute di spesa documentate-allegate rilasciate dalle farmacie entro l'anno solare di competenza. 	100

⁽¹⁾ Documentazione da presentare al Fondo, entro tre mesi dalla nascita/adozione: certificato di nascita/adozione; autocertificazione aggiornata dello stato di famiglia; compilazione modulo di iscrizione/aggiornamento iscrizione nucleo familiare.

TARIFFARIO-NOMENCLATORE

Familiari

PER QUANTO NON ESPRESSAMENTE SPECIFICATO NEL PRESENTE TARIFFARIO, SI RIMANDA AL VIGENTE "Regolamento F.I.D.A. Ravenna".



1.) PRESTAZIONI IN REGIME S.S.N.-S.S.R. Ticket AUSL

Descrizione	Quota Rimborso €
<ul style="list-style-type: none"> • Ticket AUSL SSN-SSR "COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA", con allegata idonea documentazione. Inclusi Ticket SSN-SSR come da elenco "<u>PRESTAZIONI ALTA SPECIALIZZAZIONE</u>". <p>I Ticket per prestazioni in elenco 10.) 18.) sono soggetti a massimali.</p>	Intero Importo

2.) "DIAGNOSTICA ALTA SPECIALIZZAZIONE" presso centri sanitari privati / libera professione

Descrizione	Quota Rimborso €
<ul style="list-style-type: none"> • Elenco prestazioni "DIAGNOSTICA ALTA SPECIALIZZAZIONE" (Vedi COMPENDIO INFORMATIVO alle pagine successive). Allegare copia documentazione sanitaria prescrittiva. 	90% Importo fattura (quando fruite in strutture sanitarie Convenzionate F.I.D.A.)

3.) VISITE SPECIALISTICHE (in regime di libera professione - La fattura-ricevuta di spesa deve riportare il dettaglio della prestazione fruita. Rif. Art.12 comma 5-paragr. c "Regolamento")

Descrizione	Quota Rimborso €
<ul style="list-style-type: none"> • Visita Specialistica 	26
<ul style="list-style-type: none"> • Visita Medico-Sportiva, anche Agonistica con "Test Ergometrico prova da sforzo consumo O₂" (1 visita / anno solare). 	Intero Importo
<ul style="list-style-type: none"> • Visita Medico-Sportiva (seconda visita nell'anno solare o Vis. Agonistica cumulata con precedente "Test Ergometrico prova da sforzo consumo O₂" ("PACCHETTO PREVENZIONE"). 	15
<ul style="list-style-type: none"> • Visita Medica Rilascio / Rinnovo Patenti guida auto-moto veicoli (1 visita / anno solare). <i>Esclusi costi per lavorazione pratica, esami integrativi, peritali ecc... e in tutti i casi conseguenti a revoca-sospensione.</i> 	Intero Importo della visita medica.

4.) ANALISI DI LABORATORIO (in regime di libera professione. Allegare copia della relativa patologia-prescrittiva medica e/o certificazione anamnestica. Rif. Art.12 comma 5-paragr. d "Regolamento")

Descrizione	Quota Rimborso €
<ul style="list-style-type: none"> • Esami / Analisi di Laboratorio 	Contributo 50%

5.) ESAMI DIAGNOSTICI-INDAGINI STRUMENTALI presso centri sanitari privati / libera professione incluse prestazioni "DIAGNOSTICA ALTA SPECIALIZZAZIONE" quando fruite presso centri-strutture NON Convenzionate F.I.D.A. (Allegare copia della relativa patologia-prescrittiva medica e/o certificazione anamnestica. Rif. Art.12 comma 5-paragr. d "Regolamento").

Descrizione	Quota Rimborso €
<ul style="list-style-type: none"> • Con costo fino a 40 € 	50% Totale importo
<ul style="list-style-type: none"> • Con costo superiore a 40 € 	20 + 10% Totale Importo

**6.) PRESIDI OCULISTICI - Contributo ANNUALE per ogni singola voce di spesa per:
Occhiale Completo ⁽¹⁾, Sostituzione Lenti, Sostituzione Montatura, Lenti a Contatto.**

Descrizione	Quota Rimborso €
• Occhiale completo di lenti correttive monofocali .	40
• Occhiale completo di lenti correttive (2 paia) monofocali ⁽²⁾	70
• Occhiale completo di lenti correttive multifocali	70
• Sostituzione di lenti per occhiali	40
• Sostituzione di montature	30
• Lenti a contatto ⁽³⁾	70

⁽¹⁾ Rimborso annuo non cumulativo con successivi acquisti di altri occhiali di differente tipologia (monofocali, multifocali, progressivi, ecc..).

⁽²⁾ Acquisto di **2 paia occhiale completo** aventi differente gradazione lenti (lontano + vicino), purché inclusi in **unica fattura**.

⁽³⁾ Per **Lenti a Contatto** di durata giornaliera/mensile/trimestrale, presentare il cumulo degli scontrini-ricevute di acquisto o fattura cumulativa per l'anno solare di competenza.

Documentazione obbligatoria da allegare:

- **Copia fattura o scontrino con codice fiscale, riportante dati/descrizione leggibili: "occhiale da vista e/o lenti a contatto graduate"**
- **Copia certificazione CE dell'occhiale, obbligatoria per legge, fornita dall'Ottico rivenditore intestata al destinatario, riportante le specifiche della montatura e/o lenti correttive acquistate**
- **Copia certificato "gradazione-visus"**

**7.) VACCINAZIONI IMMUNOTERAPICHE - FARMACI IMMUNOTERAPIA ALLERGENE SPECIFICA.
Allegare copia della relativa patologia-prescrittiva medica e/o certificazione anamnestica. Rif. Art.12 comma 4 "Regolamento"**

MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE

€ 100,00

Descrizione	Quota Rimborso €
<ul style="list-style-type: none"> • Vaccinazioni immunoterapiche per soggetti a rischio patologie infettive censite e contraibili nel Paese di residenza. • Farmaci per "Immunoterapia Allergene Specifica". • Vaccinazione profilassi antitumorale da Papilloma Virus (anti-HPV) UOMINI. 	Contributo 30%

NESSUN LIMITE MASSIMALE ANNUO

Descrizione	Quota Rimborso €
• Vaccinazione profilassi antitumorale da Papilloma Virus (anti-HPV) per le DONNE .	Intero Importo

F.I.D.A.

Fondo Integrativo Di Assistenza Ravenna

- versalis e aziende di settore associate -

TARIFFARIO-NOMENCLATORE "Familiari"

8.) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Allegare il **modulo "mod.R02" SPESE ODONTOIATRICHE**, compilato e firmato dal medico odontoiatra. Interventi di implantologia, ricostruzioni complesse con spese complessive **superiori a €3000**, allegare copia della **RADIOGRAFIA ENDORALE o PANORAMICA** prima e al termine della cura.

MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE

€ 500,00

Descrizione	Quota Rimborso €
• Visita odontostomatologica ⁽¹⁾	26
(1) Prestazione non cumulabile a rimborso con "Igiene Orale - Parodontologia-Levigatura radicolare" se presente nello stesso ciclo di intervento da cui le relative fatture-ricevute di spesa.	
Radiologia	
• Ortopantomografia	13
• Radiografia endorale	3
Igiene orale e parodontologia	
• Ablazione tartaro (max 3 sedute annue) ⁽²⁾	15
• Levigatura radicolare (max 2 sedute annue) ⁽²⁾	20 a quadrante
(2) Prestazioni non cumulabili a rimborso per stessa seduta di intervento e/o inserite nello stesso ciclo di cure da cui le relative fatture-ricevute di spesa.	
Chirurgia (compresa anestesia)	
• Intervento chirurgico paradontale	30
• Estrazione di dente o radice	15
• Estrazione di ottavo in inclusione ossea	20
• Gengivectomia o innesto osseo	15
• Rizotomia (escluso lembo)	15
• Apicectomia	20
Terapia conservativa (compreso anestesia e montaggio diga)	
• Otturazione semplice (in amalgama o in composito)	15
• Ricostruzione complessa in composito con / senza perno endocanalare	20
• Terapia canalare (per canale)	15
• Sigillatura (per elemento dentario)	10
Protesi fissa (compreso anestesia)	
• Provvisorio in resina (per elemento)	10
• Corona-capsula-elemento impianto composito ceramica-integrale-zirconio	65
• Intarsio in composito ceramica-integrale-zirconio	65
• Perno moncone (escluso elemento protesico)	20
• Rimozione protesi (per pilastro)	10
Implantologia	
• Impianto osteointegrato compresi monconi per protesi	110

F.I.D.A.

Fondo Integrativo Di Assistenza Ravenna

- versalis e aziende di settore associate -

TARIFARIO-NOMENCLATORE "Familiari"

- Segue PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE -

Descrizione	Quota Rimborso €
Protesi mobili	
• Protesi mobile parziale in resina con ganci	50
• Protesi mobile totale per arcata	100
• Protesi mobile parziale con attacchi	150
• Protesi mobile totale con attacchi	150
• Scheletrato con ganci	110
• Ribasatura di protesi mobile in resina	20
• Byte-plane o placca di svincolo	20
• Riparazione di apparecchio in resina o scheletrato	20
• Trattamenti di ortodonzia con i relativi apparecchi	Contributo 30% <i>(max annuo €200)</i>

9.) TERAPIE SPECIALISTICHE - In regime di libera professione presso Centri Sanitari abilitati. Allegare copia della relativa patologia-prescrittiva medica e/o certificazione anamnestica. Rif. Art.12 comma 4 "Regolamento".

MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE

€ 100,00

Descrizione	Quota Rimborso €
• Terapie Riabilitative, Strumentali, Massofisioterapia, FKT, Sedute-Controlli Dietologici ⁽¹⁾ .	5 (a seduta)
• Terapie Riabilitative con STRUMENTAZIONE A NOLO presso domicilio (costo intero ciclo di utilizzo).	Contributo 30%
• Infiltrazioni intrarticolari (incluso il farmaco impiegato). Allegare copia documentazione sanitaria prescrittiva.	Contributo 30%
• Terapie con Cure Termali	5 (a seduta)

⁽¹⁾ Esclusa la prima visita specialistica dietologica con anamnesi prescrittiva, rimborsabile come da punto 3.)

**10.) TERAPIE RIABILITATIVE CON INVALIDITÀ CIVILE 100% (NON Inabile al Lavoro).
Consegnare alla Segreteria del Fondo, copia della documentazione comprovante la condizione di invalidità.**

MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE

€ 400,00

Descrizione	Quota Rimborso €
• Terapie Riabilitative, Strumentali, Massofisioterapia, FKT, Sedute-Controlli Dietologici ⁽¹⁾ .	5 (a seduta)
• Terapie Riabilitative con STRUMENTAZIONE A NOLO presso domicilio (costo intero ciclo di utilizzo).	Contributo 30%
• Infiltrazioni intrarticolari (incluso il farmaco impiegato).	Contributo 30%
• Terapie con Cure Termali	5 (a seduta)

11.) CICLO CURE TERMALI FRUITE TRAMITE S.S.N./AUSL

MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE

€ 165,00

Descrizione	Quota Rimborso €
• Ciclo Cure Termali fruite presso strutture convenzionate S.S.N. / AUSL	Intero Importo Ticket SSN-SSR / AUSL

12.) PSICOANALISI / PSICOTERAPIA

MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE

€ 100,00

Descrizione	Quota Rimborso €
• Seduta di Psicoanalisi-Psicoterapia (inclusa Logopedia)	10 (a seduta)

La prescrizione è riferita alla "prima visita specialistica" (rimborsata come da punto 3.). Le successive visite/sedute vengono rimborsate indistintamente come "Sedute di psicoanalisi".

13.) PSICOTERAPIA RIABILITATIVA CONSEGUENTE A PATOLOGIE CRONICHE ⁽¹⁾

MASSIMALE ANNUO

€ 350,00

Descrizione	Quota Rimborso €
• Seduta di Psicoterapia Riabilitativa (inclusa Logopedia).	50 (max a seduta)

⁽¹⁾ Allegare documentazione patologia

14.) INTERVENTI CHIRURGICI / INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI-"DAY-HOSPITAL"

MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE

€ 300,00

Descrizione	Quota Rimborso €
• INTERVENTI CHIRURGICI, anche a mezzo laser. Interventi chirurgici AMBULATORIALI-"DAY-HOSPITAL. Ammessa al rimborso la Chirurgia Estetica solo a scopo riabilitativo conseguente ad eventi lesivi (Rif. Art.12 comma 5-paragr. f "Regolamento"). Assistenza chirurgica al parto. <i>Allegare copia certificazione anamnestica riportante la tipologia di intervento eseguito.</i>	Contributo 30%

15.) DIARIA GIORNALIERA RICOVERO

MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE

180 gg. per anno solare

Descrizione	Quota Rimborso €
• Diaria giornaliera presso qualsiasi struttura ospedaliera senza vincolo di patologia, <i>a partire dall'ottavo giorno di ricovero.</i> I giorni si sommano nei casi di ripetuti ricoveri per la stessa patologia.	10/giorno



16.) DISPOSITIVI MEDICI - PROTESI ORTOPEDICHE - AUDIOMETRICHE - IMPIANTABILI ATTIVI SU MISURA - ELETTROMEDICALI - STRUMENTI DI MISURA.

MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE

€ 200,00

Descrizione	Quota Rimborso €
<ul style="list-style-type: none">Dispositivi Medici - Protesi Ortopediche - Protesi per Apparato Uditivo - Impiantabili Attivi su misura - Dispositivi Elettromedicali - Strumenti di Misura. Saranno ammessi a rimborsi i Dispositivi <u>inclusi</u> nella "Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici (CND)" di cui al D.M. Min. Salute (consultabile nel sito web www.salute.gov.it del Ministero.	Contributo 30%

Allegare alla richiesta: copia della prescrizione medico-diagnostica, copia fattura/ricevuta di spesa, copia del fascicolo tecnico del Dispositivo o copia della confezione comprovante l'esatta tipologia del Dispositivo e la marcatura CE che ne attesti la Conformità alle direttive europee 90/385/CEE.

Richieste di rimborso superiori ai massimali stabiliti a seguito di evento di particolare rilevanza traumatica subito dal dipendente Associato, saranno sottoposte a delibera del C.d.A.

17.) PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE

€ 200,00

Descrizione	Quota Rimborso €
<ul style="list-style-type: none">Corsi psicoprofilattici al parto	Contributo 30%
<ul style="list-style-type: none">Assistenza infermieristica domiciliare	15 al giorno (max 10gg.)
<ul style="list-style-type: none">Iniezione intramuscolare / Medicazioni	5 (cadauna / intervento)
<ul style="list-style-type: none">Flacone plasma	Contributo 30%
<ul style="list-style-type: none">Trasporto con ambulanza.	Rimborso totale importo fattura fino a massimale

18.) INDAGINI / ESAMI / VISITE SPECIALISTICHE A SCOPO PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA ("RICERCA FERTILITÀ"). RICERCA ANOMALIE CROMOSOMICHE IN GRAVIDANZA.

MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE

€ 500,00

Descrizione	Quota Rimborso €
<ul style="list-style-type: none">Esami laboratorio - Esami Diagnostici - Visite Specialistiche - Interventi Ambulatoriali a scopo "Misura Procreativa" / "Ricerca Fertilità", eseguiti indistintamente presso strutture private o S.S.N. – S.S.R.Indagini-Esami-Visite Specialistiche per "ricerca anomalie cromosomiche in gravidanza" presso strutture private o S.S.N. – S.S.R. Allegare copia certificazione medico-prescrittiva-anamnestica.	<p>- Intero Importo ricevuta/fattura e/o Ticket SSN/SSR-AUSL.</p> <p>Le singole ricevute di spesa possono essere consegnate cumulativamente entro l'anno solare di competenza.</p>

19.) SUSSIDIO "MORTIS CAUSA" - SOLIDARIETÀ - rif. Art.13 comma 3 vigente "Regolamento"

Descrizione	Quota Rimborso €
<ul style="list-style-type: none"> Importo Sussidio "MORTIS CAUSA" - SOLIDARIETÀ a seguito di decesso di un familiare iscritto (allegare la documentazione comprovante l'evento luttuoso). 	500

20.) INTERVENTI DI ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA

Descrizione	Quota Rimborso €
PROLUNGATA ASSENZA PER MALATTIA.	
<ul style="list-style-type: none"> In caso di grave malattia del familiare componente il nucleo familiare iscritto a FIDA, con lunghi periodi di degenza ospedaliera, intervento chirurgico con assenza dal lavoro, potrà essere corrisposto, dietro delibera del C.d.A. e previa verifica delle disponibilità di bilancio, un contributo straordinario commisurato ai giorni di assenza per malattia, ricovero e alla distanza del luogo di degenza dal proprio domicilio. Il contributo non potrà comunque cumularsi con altre indennità di sostegno al reddito eventualmente percepite (ass. invalidità / inabilità, altre coperture assicurative, ecc....) 	

21.) PRESTAZIONI A FAVORE DI SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI**MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE****€ 100,00**

Descrizione	Quota Rimborso €
<ul style="list-style-type: none"> <i>Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria</i> al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio di soggetti non autosufficienti, con particolare riguardo all'assistenza tutelare, all'aiuto personale nello svolgimento delle attività quotidiane, all'aiuto domestico familiare, alla promozione di attività di socializzazione, volta a favorire stili di vita attivi. <i>Per prestazioni sociali a rilevanza sanitaria</i> si intendono quelle contenute nell'art. 13 del vigente Regolamento. Il contributo sarà erogato dietro presentazione di idonea documentazione di spesa con le modalità e i termini previsti dal vigente Regolamento. 	5% della spese sostenute ed effettivamente rimaste a carico del dipendente Associato
<ul style="list-style-type: none"> <i>Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale</i>, correlate alla natura del bisogno, erogate in ambito domiciliare, semi residenziale e residenziale, articolate in base all'intensità, complessità e durata dell'assistenza. 	5% della spese sostenute ed effettivamente rimaste a carico del dipendente Associato

F.I.D.A.

Fondo Integrativo Di Assistenza Ravenna

- versalis e aziende di settore associate -

TARIFFARIO-NOMENCLATORE "Familiari"

22.) PACCHETTO PREVENZIONE presso qualsiasi struttura privata (regime libera professione)

Descrizione	Rimborso €
<ul style="list-style-type: none">• "Test Ergometrico - Prova da sforzo consumo O₂". Una volta all'anno solare per DONNE e UOMINI. Non cumulabile con Visita Medico Sportiva Agonistica.	Intero Importo
<ul style="list-style-type: none">• Esame colpocitologico cervico-vaginale (<u>PAP TEST</u>). Una volta all'anno solare per le DONNE (a partire dai 35 anni).	Intero Importo
<ul style="list-style-type: none">• Antigene prostatico specifico (<u>PSA</u>). Una volta all'anno solare per gli UOMINI (a partire dai 40 anni).	Intero Importo

COMPENDIO INFORMATIVO

(Parte integrante del TARIFFARIO-NOMENCLATORE)

Elenco "DIAGNOSTICA ALTA SPECIALIZZAZIONE"

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Colonscopia
- Ecocardiografia - Ecocardiogramma
- EcoColorDoppler Cardiaco
- EcoColorDoppler Carotideo / Tronchi Sovraortici (TSA)
- Ecografia Addome Completo
- Ecografia Collo (tiroide - paratiroide)
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Isterosalpingografia
- Isteroscopia
- Laserterapia (ciclo) a scopo fisioterapico riabilitativo
- Linfografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- OCT
- Pachimetria Corneale
- Polisonnografia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare (tutte inclusa "angio" con o senza liquido di contrasto)
- TAC (tutte)



COMPENDIO INFORMATIVO
(Parte integrante del TARIFFARIO-NOMENCLATORE)

Modalità di consegna della documentazione per accedere ai contribuiti:

1. Compilazione e consegna del modulo "Richiesta_Rimborso_Spese_Sanitarie_R01" compilato in ogni sua parte e **debitamente firmato** con allegate le **fotocopie** (integre, leggibili, senza cancellature) della documentazione di spesa (fattura e/o scontrino fiscale) riportante i dati dell'intestatario. Il modulo "R01" è disponibile sul sito web del Fondo (<http://www.fidaravenna.it/it-IT/modulistica/index-/?Item=modulistica>). Per i soli dipendenti Versalis e R.S.I., il modulo è anche disponibile sul disco di rete interna "V:\BACHECA DI STABILIMENTO\FIDA". Conservare gli originali documentazione di spesa per richiesta di eventuali controlli/verifiche/duplicati. Al "modulo R01" possono essere allegate fino a **6 fatture/ricevute** indistintamente per *Dipendente* e/o Familiare. La **data** riportata sul "modulo R01" **non deve superare i 30 giorni data** dell'ultima fattura/ricevuta allegata.
2. Per qualsiasi tipo di prestazione Sanitaria (*escluse le visite specialistiche fruite in regime di libera professione, nelle quali deve essere comunque riportato il dettaglio branca specialistica-diagnostica*), acquisto Dispositivi Medici / Ottici, Riabilitazione, Esami Laboratorio/Diagnostici, è necessario allegare fotocopia della relativa **patologia-prescrizione medica**. Per le prestazioni di "PSICOANALISI/PSICOTERAPIA", la patologia-prescrizione è riferita alla "prima visita specialistica" che viene rimborsata come da punto 3.); le successive si intendono come da punto 11.).
3. Nel caso di prestazioni fruite presso il S.S.N/S.S.R. (**ticket AUSL**), allegare copia foglio di prenotazione CUP con dettaglio prestazione, **comunque idonea documentazione che evidenzi la tipologia di prestazione fruita e la corrispondenza con la ricevuta di pagamento**. Sono esclusi dal rimborso, i ticket per spese rilascio cartelle cliniche e quote arretrate fascia reddito.
4. Indipendentemente dai massimali previsti dal presente TARIFFARIO-NOMENCLATORE, la quota di rimborso F.I.D.A. **non potrà superare il 50% del TOTALE IMPORTO singola fattura/ricevuta**.
5. Per le **prestazioni odontoiatriche** allegare alla "Richiesta_Rimborso_R01" il modulo "Spese odontoiatriche_R02" **in originale**, compilato e controfirmato dal medico dentista. Nel caso di ciclo di interventi di lunga durata, è possibile accumulare le diverse fatture di spesa-acconti nel corso dell'anno solare di competenza fino al "saldo spese" al termine degli interventi. Per implantologia, ricostruzioni complesse, che comportano una spesa complessiva superiore ad euro =3000,00 deve essere allegata copia o CD della RADIOGRAFIA ENDORALE o PANORAMICA prima e al termine della cura. In caso di invio telematico della documentazione di spesa, il dettaglio degli interventi deve essere riportato anche nella singola fattura-ricevuta.
6. Ricevute di spesa consegnate nel mese per un importo complessivo **inferiore a €10**, non vengono rimborsate singolarmente. Possono essere cumulate, oltre i termini stabiliti, con altre successive richieste dello stesso anno solare di competenza ed inoltrate a rimborso ed in ogni caso liquidate alla chiusura contabile dell'anno solare di competenza.

MODALITÀ INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE (Cartacea - Telematica *alternative l'una all'altra*):

- a. Cartaceo, unendo con unico punto metallico la "Richiesta Rimborso Spese Sanitarie-Mod.R01" con le copie della documentazione di spesa, senza sigilli e/o buste chiuse cucite/sigillate, depositabile nell'apposita **teca** (in gestione al solo personale Segreteria F.I.D.A.) **ubicata presso gli uffici della Segreteria**, accessibile tutti i giorni feriali dalle 08:30 alle ore 17:30. Al di fuori degli orari indicati, gli uffici sono soggetti al servizio di vigilanza interna dello Stabilimento.
- b. Telematico, tramite casella mail all'indirizzo rimborsi@fidaravenna.it, specificando "mittente" e "oggetto", **con unico allegato formato.pdf** contenente le **ricevute/fatture** di spesa unite alla "Richiesta_Rimborso_Spese_Sanitarie_R01" controfirmata (senza seconda pagina "informativa privacy"). **Allegati di altro formato** (quali ad es. "fotografico" .jpg, .png, .tiff e/o foto convertite in .pdf) **non saranno presi in carico** per liquidazione.

N.B.: La quota parte rimborsata dal FIDA non può essere portata in detrazione dall'IRPEF.

Per informazioni / consulenze tutti i **martedì e giovedì feriali** dalle ore **14 alle ore 16** presso sede Segreteria F.I.D.A.
Tel. 0544-513018 – casella mail: info@fidaravenna.it