

# **TARIFFARIO-NOMENCLATORE**

*(Integra vigente Regolamento)*

**In vigore da 01-01-2023**

**Approvato con Delibera Consiglio Amministrazione F.I.D.A.**  
**Seduta n° 29 del 21 OTTOBRE 2022**

***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"><li>• <b>Ticket AUSL SSN-SSR "COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA"</b> con allegata idonea documentazione. Per ANALISI LABORATORIO Rif. Art.12 comma 5 vigente "Regolamento".<br/>Inclusi Ticket SSN-SSR come da elenco "PRESTAZIONI ALTA SPECIALIZZAZIONE".<br/><b>Ticket AUSL SSN-SSR per prestazioni come da punti 11.) 18.) sono soggetti a massimali.</b></li></ul> | Intero Importo   |

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

| Descrizione  | Quota Rimborso €   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Elenco prestazioni "DIAGNOSTICA ALTA SPECIALIZZAZIONE"<br/>(Vedi <b>COMPENDIO INFORMATIVO</b> alle pagine successive).<br/>Allegare copia documentazione sanitaria prescrittiva.</li></ul> | Intero Importo<br><i>(quando fruito 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 vigente "Regolamento")

| Descrizione  | Quota Rimborso €                    |
|--|-------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Con costo fino a 80 €</li></ul>  | 50% Totale Importo                  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Con costo superiore a 80 €</li></ul>   | 40 + 10% Totale Importo             |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Visita Medico-Sportiva, anche Agonistica con "Test Ergometrico prova da sforzo consumo O<sub>2</sub>" (<b>1 visita / anno solare</b>).</li></ul>   | Intero Importo                      |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Visita Medico-Sportiva (<b>seconda visita nell'anno solare</b> o Vis. Agonistica <b>cumulata</b> con precedente "Test Ergometrico prova da sforzo consumo O<sub>2</sub>" ("PACCHETTO PREVENZIONE").</li></ul>                                    | 15                                  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Visita Medica Rilascio / Rinnovo Patente guida auto-moto veicoli (<b>1 visita / anno solare</b>). <i>Esclusi costi per lavorazione pratica, esami integrativi, peritali ecc... e in tutti i casi conseguenti a revoca-sospensione.</i></li></ul> | 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 vigente "Regolamento")

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

#### 5.) ESAMI DIAGNOSTICI-INDAGINI STRUMENTALI presso centri sanitari privati / libera professione include prestazioni "DIAGNOSTICA ALTA SPECIALIZZAZIONE" quando fruito 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 vigente "Regolamento").

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



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

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

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

<sup>(2)</sup> 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**.

<sup>(3)</sup> 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-visual"**

**7.) VACCINAZIONI IMMUNOTERAPICHE - FARMACI IMMUNOTEPIA ALLERGENE SPECIFICA.  
Allegare copia della relativa patologia-prescrittiva medica e/o certificazione anamnestica.  
Rif. Art.12 comma 5 vigente "Regolamento"**

**MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE**

**€ 150,00**

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

**NESSUN LIMITE MASSIMALE ANNUO**

| Descrizione  | Quota Rimborso € |
|--|------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaccinazione <b>profilassi antitumorale</b> da <b>Papilloma Virus (anti-HPV)</b> per <b>TUTTE</b> le Associate-iscritte.</li> <li>• Vaccinazione <b>"Antiherpes Zooster"</b> per <b>TUTTI</b> gli Associati-iscritti al compimento <b>50°anno</b> età.</li> </ul> | Intero Importo   |



# F.I.D.A.

## Fondo Integrativo Di Assistenza Ravenna

- Versalis e aziende di settore associate -

### TARIFARIO-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 <sup>(1)</sup>   | 30                        |
| <b>(1) Prestazione non cumulabile a rimborso con "Igiene Orale-Parodontologia-Levigatura radicolare" quando inserite nello stesso ciclo di intervento da cui le relative fatture-ricevute di spesa.</b> |                           |
| <b>Radiologia</b>   |                           |
| • Ortopantomografia-OPT      • TAC / CONE BEAM / DENTAL SCAN arcate dentarie  | 21                        |
| • Radiografia endorale  | 6 per elemento dentario   |
| <b>Igiene orale e parodontologia</b>  |                           |
| • Ablazione tartaro (max 3 sedute annue) <sup>(2)</sup>   | 30 a seduta               |
| • Levigatura radicolare (max 2 sedute annue) <sup>(2)</sup>   | 25 a quadrante            |
| <b>(2) Prestazioni non cumulabili a rimborso su stessa seduta di intervento e/o stesso ciclo di cure da cui le relative fatture-ricevute di spesa.</b>  |                           |
| <b>Chirurgia (inclusi anestesia e montaggio diga)</b>   |                           |
| • Intervento chirurgico paradontale   | 65                        |
| • Estrazione di dente o radice  | 30 per elemento dentario  |
| • Estrazione di ottavo in inclusione ossea  | 50 per elemento dentario  |
| • Gengivectomia o innesto osseo   | 30 per elemento dentario  |
| • Rizotomia (escluso lembo)   | 30                        |
| • Apicectomia   | 45                        |
| <b>Terapia conservativa (inclusi anestesia e montaggio diga)</b>  |                           |
| • Otturazione semplice (in amalgama o in composito)   | 30 per elemento dentario  |
| • Ricostruzione complessa in composito con / senza perno endocanalare   | 40 per elemento dentario  |
| • Terapia canalare  | 30 ciascun canale         |
| • Sigillatura   | 20 per elemento dentario  |
| <b>Protesi fissa (inclusi anestesia e montaggio diga)</b>   |                           |
| • Provvisorio in resina   | 20 per elemento dentario  |
| • Corona-capsula-elemento impianto composito ceramica-integrale-zirconio  | 130 per elemento dentario |
| • Intarsio in composito ceramica-integrale-zirconio   | 130 per elemento dentario |
| • Perno moncone (escluso elemento protesico)  | 45 per elemento dentario  |
| • Rimozione protesi   | 15 per singolo pilastro   |
| <b>Implantologia – Chirurgia (inclusi anestesia e montaggio diga)</b>   |                           |
| • Impianto osteointegrato compresi monconi per protesi      • Rialzo seno mascellare  | 220                       |



**- Segue PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE -**

| Descrizione  | Quota Rimborso €                          |
|--|---|
| <b>Protesi mobili</b>  |   |
| • 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  |
| • <b>Trattamenti di ortodonzia con i relativi apparecchi</b> | Contributo 30%<br><b>(max annuo €200)</b> |

**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 5 vigente "Regolamento"**

**MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE****€ 300,00**

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

<sup>(1)</sup> **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 <sup>(1)</sup> . | 10 (a seduta)    |
| • Terapie Riabilitative <b>con STRUMENTAZIONE A NOLO presso domicilio</b> (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<br>SSN-SSR / AUSL |

**12.) PSICOANALISI / PSICOTERAPIA / PSICHIATRIA****MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE****€ 180,00**

| Descrizione   | Quota Rimborso € |
|---|------------------|
| • Seduta di Psicoanalisi-Psicoterapia-Psichiatria (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 <sup>(1)</sup>****MASSIMALE ANNUO****€ 500,00**

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

<sup>(1)</sup> Allegare documentazione patologia

**14.) SPECIALISTICHE - INTERVENTI CHIRURGICI E AMBULATORIALI / "DAY-HOSPITAL"****MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE****€ 500,00**

| Descrizione  | Quota Rimborso € |
|--|------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• INTERVENTI CHIRURGICI, anche a mezzo laser. Interventi chirurgici AMBULATORIALI-"DAY-HOSPITAL". Chirurgia Estetica ammessa al rimborso soltanto se a scopo riabilitativo a seguito di eventi traumatico-lesivi (Rif. Art.12 comma 5 vigente "Regolamento").</li> <li>• Assistenza chirurgica al parto.</li> </ul> <p><b>Allegare copia certificazione anamnestica riportante la tipologia di intervento eseguito.</b></p> | 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"> <li><b>Dispositivi Medici</b> - Protesi Ortopediche - Protesi per Apparato Uditivo - Impiantabili Attivi su misura - Dispositivi Elettromedicali - Strumenti di Misura. Saranno ammessi a rimborsarsi i Dispositivi <u>inclusi</u> nella "Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici (CND)" di cui al D.M. Min. Salute (consultabile nel sito web <a href="http://www.salute.gov.it">www.salute.gov.it</a> del Ministero.</li> </ul> | 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 €                                  |
|--|---|
| • Corsi psicoprofilattici al parto       | Contributo 30%                                    |
| • Assistenza infermieristica domiciliare | 30 al giorno (max 10gg.)                          |
| • Iniezione intramuscolare / Medicazioni | 5 (cadauna / intervento)                          |
| • Flacone plasma                         | Contributo 30%                                    |
| • 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"> <li>Esami laboratorio - Esami Diagnostici - Visite Specialistiche - Interventi Ambulatoriali a scopo "Misura Procreativa" / "Ricerca Fertilità", eseguiti indistintamente presso <b>strutture private</b> o <b>S.S.N. - S.S.R.</b></li> <li>Indagini-Esami-Visite Specialistiche per "ricerca anomalie cromosomiche in gravidanza" presso <b>strutture private</b> o <b>S.S.N. - S.S.R.</b></li> </ul> <p><b>Allegare copia certificazione medico-prescrittiva-anamnestica.</b></p> | <p>- Intero Importo ricevuta/fattura e/o Ticket SSN/SSR-AUSL.</p> <p><b>Le singole ricevute di spesa possono essere consegnate cumulativamente entro l'anno solare di competenza.</b></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>• <b>PROLUNGATA ASSENZA DAL LAVORO CAUSA MALATTIA.</b></p> <p>In caso di retribuzione ridotta o azzerata per superamento limiti di comporta 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 <b>contributo</b> pari alla <b>differenza</b> fra la retribuzione percepita e l'importo <b>max di 1.100 €/mese</b>. 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, <b>erogato per max 12 interventi</b> (entro l'arco temporale di <b>36 mesi</b>), <b>non potrà cumularsi</b> 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 <b>12 mesi</b>. 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 <b>€5.000</b>, 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"> <li><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.</li> </ul> | 5% della spese sostenute ed effettivamente rimaste a carico del dipendente Associato |
| <ul style="list-style-type: none"> <li><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.</li> </ul>  | 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"> <li>"Test Ergometrico - Prova da sforzo consumo O<sub>2</sub>".<br/><b>Una volta all'anno solare per DONNE e UOMINI. Non cumulabile con Visita Medico Sportiva Agonistica.</b></li> </ul> | Intero Importo |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Esame colpocitologico cervico-vaginale (<i>PAP TEST</i>).<br/><b>Una volta all'anno solare per le DONNE (a partire dai 35 anni).</b></li> </ul>                                       | Intero Importo |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Antigene prostatico specifico (<i>PSA</i>).<br/><b>Una volta all'anno solare per gli UOMINI (a partire dai 40 anni).</b></li> </ul>   | Intero Importo |

**23.) SOSTEGNO ALLA MATERNITÀ - PATERNITÀ**

| Descrizione   | Quota Rimborso € |
|---|------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>All'atto della nascita<sup>(1)</sup> 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.</li> </ul>   | 750              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>All'atto della nascita<sup>(1)</sup> 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.</li> </ul> | 100              |

<sup>(1)</sup> 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".**



# F.I.D.A.

## Fondo Integrativo Di Assistenza Ravenna

- Versalis e aziende di settore associate -

### TARIFFARIO-NOMENCLATORE "Familiari"

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

| Descrizione  | Quota Rimborso € |
|--|------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ticket AUSL SSN-SSR "COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA" con allegata idonea documentazione. Per ANALISI LABORATORIO Rif. Art.12 comma 5 - paragr. d vigente "Regolamento".</li> </ul> <p>Inclusi Ticket SSN-SSR come da elenco "PRESTAZIONI ALTA SPECIALIZZAZIONE".<br/>Ticket AUSL SSN-SSR per prestazioni come da punti 11.) 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"> <li>• Elenco prestazioni "DIAGNOSTICA ALTA SPECIALIZZAZIONE" (Vedi <b>COMPENDIO INFORMATIVO</b> alle pagine successive).<br/>Allegare copia documentazione sanitaria prescrittiva.</li> </ul> | 90% Importo fattura<br>(quando fruite in strutture<br>sanitarie Convenzionate<br>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 vigente "Regolamento")

| Descrizione   | Quota Rimborso €                       |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita Specialistica</li> </ul>  | 26                                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita Medico-Sportiva, anche Agonistica con "Test Ergometrico prova da sforzo consumo O<sub>2</sub>" (1 visita / anno solare).</li> </ul>   | Intero Importo                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita Medico-Sportiva (seconda visita nell'anno solare o Vis. Agonistica cumulata con precedente "Test Ergometrico prova da sforzo consumo O<sub>2</sub>" ("PACCHETTO PREVENZIONE").</li> </ul>   | 15                                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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></li> </ul> | Intero Importo della<br>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 vigente "Regolamento")

| Descrizione  | Quota Rimborso € |
|--|------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esami / Analisi di Laboratorio</li> </ul> | 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 vigente "Regolamento").

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

# F.I.D.A.

## Fondo Integrativo Di Assistenza Ravenna

- Versalis e aziende di settore associate -

### TARIFARIO-NOMENCLATORE "Familiari"

#### 6.) PRESIDI OCULISTICI - Contributo ANNUALE per ogni singola voce di spesa per:

*Occhiale Completo <sup>(1)</sup>, Sostituzione Lenti, Sostituzione Montatura, Lenti a Contatto.*

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

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

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

<sup>(3)</sup> 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 5 vigente "Regolamento"*

**MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE**

**€ 100,00**

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

#### **NESSUN LIMITE MASSIMALE ANNUO**

| Descrizione  | Quota Rimborso € |
|--|------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaccinazione <b>profilassi antitumorale</b> da <b>Papilloma Virus (anti-HPV)</b> per <b>TUTTE</b> le Associate-iscritte.</li> <li>• Vaccinazione "<b>Antiherpes Zooster</b>" per <b>TUTTI</b> gli Associati-iscritti al compimento <b>50°anno</b> età.</li> </ul> | Intero Importo   |

# F.I.D.A.

## Fondo Integrativo Di Assistenza Ravenna

- Versalis e aziende di settore associate -

### TARIFARIO-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 <sup>(1)</sup>   | 26                       |
| <b>(1) Prestazione non cumulabile a rimborso con "Igiene Orale-Parodontologia-Levigatura radicolare" quando inserite nello stesso ciclo di intervento da cui le relative fatture-ricevute di spesa.</b> |                          |
| <b>Radiologia</b>   |                          |
| • Ortopantomografia-OPT      • TAC / CONE BEAM / DENTAL SCAN arcate dentarie  | 13                       |
| • Radiografia endorale  | 3 per elemento dentario  |
| <b>Igiene orale e parodontologia</b>  |                          |
| • Ablazione tartaro (max 3 sedute annue) <sup>(2)</sup>   | 15 a seduta              |
| • Levigatura radicolare (max 2 sedute annue) <sup>(2)</sup>   | 20 a quadrante           |
| <b>(2) Prestazioni non cumulabili a rimborso su stessa seduta di intervento e/o stesso ciclo di cure da cui le relative fatture-ricevute di spesa.</b>  |                          |
| <b>Chirurgia (inclusi anestesia e montaggio diga)</b>   |                          |
| • Intervento chirurgico paradontale   | 30                       |
| • Estrazione di dente o radice  | 15 per elemento dentario |
| • Estrazione di ottavo in inclusione ossea  | 20 per elemento dentario |
| • Gengivectomia o innesto osseo   | 15 per elemento dentario |
| • Rizotomia (escluso lembo)   | 15                       |
| • Apicectomia   | 20                       |
| <b>Terapia conservativa (inclusi anestesia e montaggio diga)</b>  |                          |
| • Otturazione semplice (in amalgama o in composito)   | 15 per elemento dentario |
| • Ricostruzione complessa in composito con / senza perno endocanalare   | 20 per elemento dentario |
| • Terapia canalare  | 15 ciascun canale        |
| • Sigillatura   | 10 per elemento dentario |
| <b>Protesi fissa (inclusi anestesia e montaggio diga)</b>   |                          |
| • Provvisorio in resina   | 10 per elemento dentario |
| • Corona-capsula-elemento impianto composito ceramica-integrale-zirconio  | 65 per elemento dentario |
| • Intarsio in composito ceramica-integrale-zirconio   | 65 per elemento dentario |
| • Perno moncone (escluso elemento protesico)  | 20 per elemento dentario |
| • Rimozione protesi   | 10 per singolo pilastro  |
| <b>Implantologia - Chirurgia (inclusi anestesia e montaggio diga)</b>   |                          |
| • Impianto osteointegrato compresi monconi per protesi      • Rialzo seno mascellare  | 110                      |

# F.I.D.A.

## Fondo Integrativo Di Assistenza Ravenna

- Versalis e aziende di settore associate -

### TARIFFARIO-NOMENCLATORE "Familiari"

#### - Segue PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE -

| Descrizione  | Quota Rimborso €                          |
|--|---|
| <b>Protesi mobili</b>  |   |
| • 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  |
| • <b>Trattamenti di ortodonzia con i relativi apparecchi</b> | Contributo 30%<br><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 5 vigente "Regolamento".***

**MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE**

**€ 100,00**

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

<sup>(1)</sup> **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 <sup>(1)</sup> . | 5 (a seduta)     |
| • Terapie Riabilitative <b>con STRUMENTAZIONE A NOLO presso domicilio</b> (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<br>SSN-SSR / AUSL |

**12.) PSICOANALISI / PSICOTERAPIA / PSICHIATRIA****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 <sup>(1)</sup>****MASSIMALE ANNUO****€ 350,00**

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

<sup>(1)</sup> Allegare documentazione patologia

**14.) SPECIALISTICHE - INTERVENTI CHIRURGICI E AMBULATORIALI / "DAY-HOSPITAL"****MASSIMALE ANNUO RIMBORSABILE****€ 300,00**

| Descrizione   | Quota Rimborso € |
|---|------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• INTERVENTI CHIRURGICI, anche a mezzo laser. Interventi chirurgici AMBULATORIALI-"DAY-HOSPITAL. Chirurgia Estetica ammessa al rimborso soltanto se a scopo riabilitativo a seguito di eventi traumatico-lesivi (Rif. Art.12 comma 5 vigente "Regolamento").</li> <li>• Assistenza chirurgica al parto.</li> </ul> <p><b>Allegare copia certificazione anamnestica riportante la tipologia di intervento eseguito.</b></p> | 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, <b>a partire dall'ottavo giorno di ricovero.</b> I giorni si sommano nei casi di ripetuti ricoveri per la stessa patologia. | 10/giorno        |



**F.I.D.A.**  
**Fondo Integrativo Di Assistenza**  
**Ravenna**

- Versalis e aziende di settore associate -

**TARIFARIO-NOMENCLATORE "Familiari"**

**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"><li>• <b>Dispositivi Medici</b> - 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 <a href="http://www.salute.gov.it">www.salute.gov.it</a> del Ministero.</li></ul> | 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"><li>• Corsi psicoprofilattici al parto</li></ul>       | Contributo 30%                                   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Assistenza infermieristica domiciliare</li></ul> | 15 al giorno (max 10gg.)                         |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Iniezione intramuscolare / Medicazioni</li></ul> | 5 (cadauna / intervento)                         |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Flacone plasma</li></ul>                         | Contributo 30%                                   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Trasporto con ambulanza.</li></ul>               | 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"><li>• Esami laboratorio - Esami Diagnostici - Visite Specialistiche - Interventi Ambulatoriali a scopo "Misura Procreativa" / "Ricerca Fertilità", eseguiti indistintamente presso <b>strutture private</b> o <b>S.S.N. - S.S.R.</b></li><li>• Indagini-Esami-Visite Specialistiche per "ricerca anomalie cromosomiche in gravidanza" presso <b>strutture private</b> o <b>S.S.N. - S.S.R.</b> <b>Allegare copia certificazione medico-prescrittiva-anamnestica.</b></li></ul> | <p>- Intero Importo ricevuta/fattura e/o Ticket SSN/SSR-AUSL.</p> <p><b>Le singole ricevute di spesa possono essere consegnate cumulativamente entro l'anno solare di competenza.</b></p> |

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

| Descrizione  | Quota Rimborso € |
|--|------------------|
| • Importo <b>Sussidio "MORTIS CAUSA" - SOLIDARIETÀ</b> a seguito di decesso di un familiare iscritto (allegare la documentazione comprovante l'evento luttuoso). | <b>500</b>       |

**20.) INTERVENTI DI ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA**

| Descrizione   | Quota Rimborso € |
|---|------------------|
| <b>PROLUNGATA ASSENZA PER MALATTIA.</b>   |                  |
| • 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 €   |
|---|--|
| • <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 |
| • <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"><li>• "Test Ergometrico - Prova da sforzo consumo O<sub>2</sub>".<br/><b>Una volta all'anno solare per DONNE e UOMINI. Non cumulabile con Visita Medico Sportiva Agonistica.</b></li></ul> | Intero Importo |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Esame colpocitologico cervico-vaginale (<u>PAP TEST</u>).<br/><b>Una volta all'anno solare per le DONNE (a partire dai 35 anni).</b></li></ul>                                       | Intero Importo |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Antigene prostatico specifico (<u>PSA</u>).<br/><b>Una volta all'anno solare per gli UOMINI (a partire dai 40 anni).</b></li></ul>   | 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 contributi:**

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-diagnostics*), 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](mailto: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](mailto:info@fidaravenna.it)