



Istituto Europeo di Oncologia

PROGRAMMA ASSICURATIVO RIMBORSO SPESE MEDICHE

L'adesione al Programma Assicurativo Rimborso Spese Mediche è volontaria e prevede una contribuzione da parte del dipendente di € 154,92 annue per nucleo familiare, con trattenuta mensile a cedolino stipendio di € 12,91 per dodici mensilità.

Si possono ottenere il rimborso delle spese sostenute per le cure di malattie e di postumi da infortuni per prestazioni erogate da un istituto di cura o dal Servizio Sanitario Nazionale, con le modalità più avanti indicate.

L'iscrizione deve essere effettuata compilando il modulo di iscrizione allegato e il modulo di autorizzazione alla trattenuta mensile.

All'atto dell'iscrizione dovranno essere forniti i seguenti dati:

- Residenza esatta del dipendente;
- Cognome, nome, data e luogo di nascita del dipendente e dei suoi familiari, nonché il grado di parentela;

Per i dipendenti di nuova assunzione purché iscritti entro un mese dalla data di assunzione, l'iscrizione avrà effetto dalle 24 ore del primo giorno lavorativo successivo a quello in cui la comunicazione e i relativi allegati saranno pervenuti a Rasini Viganò Assicurazioni.

Per i dipendenti già in servizio, l'iscrizione sarà possibile solo con decorrenza 1° gennaio e 1° luglio di ogni anno, con applicazione delle seguenti norme speciali:

- Le cure mediche specialistiche non conseguenti ad infortunio, non sono coperte durante i primi 30 giorni dall'iscrizione;
- I ricoveri ospedalieri non conseguenti ad infortunio, non sono coperti durante i primi 60 giorni dall'iscrizione;
- Le prestazioni connesse alla gravidanza e al parto non sono coperti durante i primi 300 giorni dall'iscrizione.

Per i seguenti soggetti, non si applicano le carenze temporali sopra specificate:

- Coniuge del dipendente purché iscritto entro un mese dal matrimonio.
- Neonati di dipendenti che già usufruiscono delle prestazioni, purché iscritti entro un mese dalla nascita.

I dipendenti hanno l'obbligo di comunicare ogni variazione del proprio nucleo familiare e la modifica di indirizzo mediante la compilazione dell'apposito modulo di variazione.

L'iscrizione durerà fino alle ore 24.00 del 31 dicembre di ogni anno e verrà automaticamente rinnovata per il successivo. In caso di dimissioni del dipendente prima della fine dell'anno, l'Assicurazione Sanitaria verrà mantenuta fino al 31 dicembre dello stesso anno, e la relativa trattenuta per le mensilità residue verrà effettuata con l'ultimo stipendio.

Chi desidera recedere dall'Assistenza Sanitaria deve comunicare la sua decisione con **comunicazione scritta entro il 30 settembre dell'anno in corso** e la dimissione avrà effetto dalle ore 24 del 31 dicembre dello stesso anno; altrimenti l'adesione al fondo di Assistenza Sanitaria si intende automaticamente rinnovata per l'anno successivo.

MODALITA' PER IL RIMBORSO

A conclusione del ciclo di cure, occorre inviare alla Assicurazione la richiesta di rimborso delle spese sostenute, allegando al modulo di denuncia sinistro i documenti originali oltre ad una fotocopia.

PER RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, PARTO CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO, IN ISTITUTO DI CURA O IN AMBULATORIO ED IN REGIME DI DAY HOSPITAL:

- copia conforme integrale della cartella clinica
- originali fatture relative a spese indennizzabili a termine di polizza. Per quanto concerne il rimborso dei medicinali, è necessario produrre la prescrizione medica con lo scontrino fiscale della farmacia unitamente alle fustelle dei singoli prodotti.

PER PARTO NON CESAREO

- copia cartella clinica
- originali fatture relative a spese indennizzabili a termine di polizza, anche relative al neonato.

PER EXTRAOSPEDALIERE

- originali fatture, certificato medico con la richiesta della prestazione e la diagnosi della malattia per la quale la stessa viene richiesta.

Relativamente alle Case di Cura convenzionate è sempre opportuno contattare la **centrale operativa al numero 02-58286318** al fine di verificare l'elenco aggiornato delle Case di Cura Convenzionate e se la prestazione, il medico, la struttura, il reparto siano Convenzionati nonché se la prestazione richiesta viene erogata con pagamento diretto o indiretto, in questo ultimo caso l'Assicurato dovrà anticipare la spesa e in seguito richiedere il rimborso (restano sempre a carico dell'Assistito le franchigie più avanti specificate).

L'interessato dovrà comunicare di essere assicurato con la Polizza GENERALI N. 81902316 FARVA – ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA

Per mezzo di un accordo con una Società di Servizi specializzata (EUROP ASSISTANCE SERVICE) vengono fornite anche le seguenti prestazioni:

- Centrale operativa 24 ore su 24 facente capo al numero: **02-58286318**
- Consulenza medica telefonica (max 3 volte l'anno)
- Ricerca e prenotazione di centri diagnostici e specialistici.
- Consulto tra medico specialista dell'assicurato e uno o più specialisti (max € 516,46)
- Invio gratuito di un medico a domicilio dalle ore 20 alle 8 o nei giorni festivi (max 3 volte l'anno)
- Trasporto in autoambulanza in Italia (max 3 v. l'anno e max 200 km. a/r).

- Assistenza infermieristica al rientro da un ricovero (un max € 258,23)
- Consulenza nei settori cardiologico ed oncologico.
- Traduzione cartella clinica
- Collegamento continuo con l'istituto di cura all'estero
- Consegna gratuita di farmaci a domicilio (a carico dell'assistito il costo dei farmaci)

L'Assicurato dovrà comunicare:

- il tipo di assistenza di cui necessita
- Nome e Cognome Indirizzo e luogo in cui si trova
- Numero di polizza 213619343 preceduto dalla sigla GIEO
- il recapito telefonico dove la Centrale Operativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza

Il presente prospetto si deve intendere a titolo esemplificativo. E' quindi sempre opportuno fare riferimento alle Condizioni Generali di Assicurazione dei contratti sopraindicati o chiamare per maggiori chiarimenti la Spett.le Rasini Viganò Assicurazioni – Sig.ra Francesca Pellegrino al n. 02.72508284 o Ufficio Sinistri Sig. Stefano Cau al n. 02.72508276

RICOVERO per malattia/infortunio (CON O SENZA intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, Day Hospital)
E' previsto il rimborso delle spese sostenute fino ad un massimo di Euro 103.291,38 per anno per nucleo, elevato a Euro 206.582,76 in caso di Grandi Interventi Chirurgici, per le seguenti prestazioni:

CON INTERVENTO

120 giorni pre-ricovero
accertamenti diagnostici, onorari medici

Durante il ricovero:

rette di degenza, onorari medici, diritti di sala operatoria, materiale di intervento, assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero, trattamenti fisioterapici e rieducativi.
Prelievo di organi, ricovero del donatore e accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure medicinali e rette di degenza.

Vitto/pernottamento accompagnatore
€ 76,00 al giorno con il massimo di 30 giorni

120 giorni post-ricovero

esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto apparecchi protesici, cure termali (escluso albergo)

Trasporto dell'Assistito in ambulanza o altri mezzi, da e per l'Istituto di cura:
Massimo € 2.500

Indennità di convalescenza:

per degenze superiori a 15 gg, in via continuativa, verrà riconosciuta un'indennità di € 51,65 per ogni giorno di convalescenza fino ad un massimo di 40 gg. per anno/nucleo.

Rimpatrio Salma: (dall'estero)

Massimo € 2.500

SENZA INTERVENTO

120 giorni pre-ricovero
accertamenti diagnostici, onorari medici

Durante il ricovero:

rette di degenza, assistenza medica, accertamenti diagnostici, cure, (escluse fisioterapiche, termali e oncologiche se effettuate in regime di day-hospital), medicinali.

120 giorni post-ricovero

esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi.

Trasporto dell'Assistito solo in ambulanza da e per l'Istituto di cura: (più eventuale accompagnatore) max € 1.500

PARTO NON CESAREO:

Rette di degenza fino ad un max di € 100 al giorno, onorari medici, accertamenti diagnostici, cure, medicinali, esami riguardanti il periodo di ricovero anche per il neonato.

CASE DI CURA CONVENZIONATE

E sempre opportuno contattare la **centrale operativa al numero 02-58286318** al fine di verificare l'elenco aggiornato delle Case di Cura Convenzionate e se la prestazione, il medico, la struttura, il reparto sono Convenzionati nonché se la prestazione richiesta viene erogata con pagamento diretto o indiretto, in questo ultimo caso l'Assicurato dovrà anticipare la spesa e successivamente richiedere il rimborso (restano **sempre** a carico dell'Assistito le franchigie più avanti specificate)

FRANCHIGIE

Il rimborso delle spese in caso di ricovero in case di cure private convenzionate e con il Servizio Sanitario Nazionale verrà effettuato previa detrazione di una franchigia a carico dell'assistito di **€ 516,00** per evento, mentre in caso di ricovero in strutture ospedaliere non convenzionate la franchigia sarà di **€ 1.291,00**.

La franchigia viene applicata considerando dove viene effettuato il ricovero. I tickets s'intendono rimborsati, con l'applicazione della franchigia sopra descritta

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Indennità Sostitutiva:

Non è prevista per il parto naturale.

CON INTERVENTO: € 103,29 al di max 90 gg. anno/nucleo

SENZA INTERVENTO: € 51,65 al di max 90 gg. anno/nucleo.

La suddetta indennità verrà ridotta a € 25,82 per il Day Hospital

Per avere diritto all'indennità sostitutiva tutte le spese sia pre che post ricovero devono essere a carico del SSN.

EXTRAOSPEDALIERE

Massimale: € 5.165,00 annuo/nucleo - scoperto 15% min. € 77,47

Vengono rimborsate anche le seguenti spese extraospedaliere: agopuntura (se effettuata da medico), amniocentesi, chemioterapia, cobaltoterapia, diagnostica radiologica, dialisi, doppler, ecografia, ecocardiografia, elettrocardiografia completa, elettroencefalografia, elettromiografia, esami endoscopici/invasivi, anche per endoscopia, arteriografia, coronarografia, laserterapia, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, tac, telecuore, villocentesi

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

- Gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Interventi con esofagoplastica -
- Gastroectomia totale
- Gastroectomia se allargata
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Mega-esofago e esofagite da reflusso
- Cardioplastica
- Colectomia totale
- Interventi per neoplasie per retto-ano per via addominopereale
- operazioni per megacolon
- Proctocolectomia totale
- Derivazioni biliodigestive
- Interventi sulla papilla di Water
- Reinterventi sulle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta
- Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
- Interventi per pancreatite cronica
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- tumori della trachea
- Interventi a cuore aperto per difetti complessi o complicati
- . Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi
- . correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
- . correzione impianto anomalo coronarie
- . correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica
- . Correzione canale atrioventricolare completo
- . Finestra aorto-polmonare
- . Correzione di
 - * ventricolo unico
 - * ventricolo destro a doppia uscita
 - * truncus arteriosus
 - * coartazioni aortiche di tipo fetale
 - * coartazioni aortiche multiple o molto estese
 - * stenosi aortiche infundibulari'
 - * stenosi aortiche sopravvalvolari
 - * trilogia di Fallot
 - * tetralogia di Fallot
 - * atresia della tricuspide
 - * pervietà interventricolare ipertesa
 - * pervietà interventricolare con "debandmg"
 - * pervietà interventricolare con insufficienza aortica.
- . Sostituzioni valvolari multiple
- . By-pass aortocoronarici multipli
- . Sostituzioni valvolari con by-pass aorto-coronarico
- . Aneurismi aorta toracica
- . Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio
- . Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto
- . Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti
- . Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aortocoronarici
- . Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale
- Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitane eco)
- Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)
- Emisferectomia
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale e sul clivus per via anteriore
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto
- Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
- Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari
- Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, ecc.)
- Interventi per traumi vertebre midollari con stabilizzazione chirurgica
- Somatotomia vertebrale
- Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica
- Operazioni sull'aorta toracica e sulla aorta addominale
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare, abbassamento addomino perineale
- Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- Resezione del sacro
- Osteosintesi rachide con placche e viti trans-peduncolari
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec.; Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto
- Resezione artrodiartriale dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custommade"
- Emipelvectomia
- Emipelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
- Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca
- Vertebrotonia
- Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
- Uncoforaminotomia
- Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- Artrodesi per via anteriore
- Interventi per via posteriore con impianti
- Interventi per via anteriore senza e con impianti
- ESWL (litotissia extracorporea con onde d'urto)
- Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
- Ileobladder
- Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale
- Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder
- Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileouretra-anastomosi
- Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
- Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
- Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale
- Intervento radicale per carcinoma ovarico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

RIMBORSO SPESE MEDICHE MODULO DI ISCRIZIONE

In osservanza al disposto della legge 675/96, i dati contenuti nella presente e quelli indispensabili all'Assicurazione per adempiere agli obblighi previsti, verranno utilizzati esclusivamente per poter garantire l'erogazione delle prestazioni a favore degli aventi diritto.

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE DATI ANAGRAFICI

Il sottoscritto nato il a

Residente in via.....

Città, prov. Cap

DIPENDENTE della Società *Istituto Europeo di Oncologia S.r.l.* dichiara che il proprio nucleo familiare, ai fini dell'iscrizione alla Copertura Assicurativa "Rimborso Spese Mediche", è così composto:

RELAZIONE CON IL TITOLARE DELLA PRESTAZIONE	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA

Preso atto dei diritti riconosciuti all'interessato dall'art. 13, Legge 675/96, acconsento/acconsentiamo al trattamento per tutti i dati qui forniti, consapevole/i che l'esecuzione dei servizi richiesti non può avere luogo senza le comunicazioni dei dati personali a Rasini Viganò Assicurazioni e/o ai soggetti cui la stessa deve rivolgersi, per le finalità e nei limiti indicati.

Data, _____ Firma del dichiarante _____

AUTORIZZAZIONE ALLA TRATTENUTA MENSILE

Spettabile
Istituto Europeo di Oncologia
Ufficio Amministrazione del Personale
S E D E

Milano, _____

Io sottoscritto _____, matr. _____,
dipendente di questo Istituto dal _____, in relazione all'adesione al piano di
Copertura Assicurativa "Rimborso Spese Mediche", Vi autorizzo ad effettuare dalle mie
competenze, la trattenuta del contributo annuo di € 154,92. (*)

In fede,

firma

(*) la trattenuta per il primo anno di iscrizione sarà di:
€ 154,92 se effettuata entro il primo semestre
€192,96 se effettuata dopo il primo luglio

RIMBORSO SPESE MEDICHE MODULO VARIAZIONE

Qualsiasi variazione della composizione del proprio nucleo familiare e/o di indirizzo dovrà esserci tempestivamente segnalata – tramite l’Azienda - compilando questo Modulo

In osservanza al disposto della legge 675/96, i dati contenuti nella presente e quelli indispensabili all’Assicurazione per adempiere agli obblighi previsti, verranno utilizzati esclusivamente per poter garantire l’erogazione delle prestazioni a favore degli aventi diritto.

VARIAZIONE COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE E/O INDIRIZZO

Io sottoscritto/a dipendente della Società *Istituto Europeo di Oncologia* e che attualmente usufruisce della Copertura Assicurativa Rimborso Spese Mediche, chiede di voler includere/escludere dal proprio nucleo familiare il/i seguente/i familiare/i:

RELAZIONE CON IL TITOLARE DELLA PRESTAZIONE	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	INCLUSIONE	ESCLUSIONE
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

comunico inoltre le seguenti variazioni relative al mio nucleo familiare :

NUOVO INDIRIZZO
VIA e N° CIVICO
CITTA', PROV. E CAP

Preso atto dei diritti riconosciuti all’interessato dall’art. 13, Legge 675/96, acconsento/acconsentiamo al trattamento per tutti i dati qui forniti, consapevole/i che l’esecuzione dei servizi richiesti non può avere luogo senza le comunicazioni dei dati personali a Rasini Viganò Assicurazioni e/o ai soggetti cui la stessa deve rivolgersi, per le finalità e nei limiti indicati.

Data, _____

Firma _____

MODULO ACCOMPAGNAMENTO DENUNCIA SINISTRO DA INOLTARE A:

**Spettabile
RASINI VIGANO' ASS.NI S.p.A.
Galleria Pattari, 2
20122 MILANO**

Convenzione Sanitaria ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA

COGNOME E NOME DEL CAPO NUCLEO:

RECAPITO TELEFONICO: _____

RECAPITO PER INVIO DOCUMENTAZIONE: _____

COGNOME E NOME DEL FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO:

COORDINATE BANCARIE (da indicare ad ogni richiesta di rimborso)

Banca _____ **Agenzia** _____

C/c n. _____ **Cod. ABI** _____ **Cod. CAB** _____

Firma

Data compilazione

GUIDA ALL'INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE

A) In caso di richiesta di indennizzo l'Assicurato, a cura ultimata, dovrà inviare:

PER RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, PARTO CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO, IN ISTITUTO DI CURA O IN AMBULATORIO ED IN REGIME DI DAY HOSPITAL:

- copia conforme integrale della cartella clinica
- originali fatture relative a spese indennizzabili a termine di polizza. Per quanto concerne il rimborso dei medicinali è necessario produrre la prescrizione medica con lo scontrino fiscale della farmacia unitamente alle fustelle dei singoli prodotti.

PER PARTO NON CESAREO

- copia cartella clinica
- originali fatture relative a spese indennizzabili a termine di polizza, anche relative al neonato.

PER EXTRAOSPEDALIERE

Certificato medico con la richiesta della prestazione e le diagnosi della malattia per la quale la stessa viene richiesta.

B) In caso di richiesta di indennizzo integrativo del rimborso già ottenuto dal FASI/FASDAC:

è necessario produrre fotocopia di tutta la documentazione di spesa ed il prospetto di liquidazione dell'Ente attestante e l'importo rimborsato.

Nel caso in cui l'Assicurato non intenda avvalersi delle prestazioni FASI/FASDAC o qualora l'indennizzo riguardi prestazioni non rimborsabili dai suddetti Enti deve essere prodotta la medesima documentazione elencata nel precedente punto A)

ESCLUSIONI

Oltre a quelle già previste dal contratto sono esclusi dal rimborso:

- i bolli sulle fatture allegate
- il costo delle fotocopie delle cartelle cliniche
- i documenti di spesa con correzioni e/o cancellature

