

FONDO INTERNO DI ASSISTENZA AL PERSONALE DELLA CASSA DI RISPARMIO DI PADOVA E ROVIGO

TABELLA DELLE PRESTAZIONI

- IN VIGORE DA 1/5/2009 -

Le prestazioni del Fondo hanno luogo sulla base dei documenti originali sui quali deve chiaramente risultare chi ha effettivamente sostenuto la spesa, la persona da assistere e i dati identificativi del percipiente che ha effettuato la prestazione.

La documentazione deve essere **conforme alle disposizioni fiscali vigenti**, cioè in regola di bollo quietanza, quando richiesto, se non soggetta ad IVA.

Non sono ammesse al rimborso le spese mediche di carattere estetico.

Le richieste di rimborso, a pena di decadenza, devono essere presentate al Fondo **entro l'anno solare di emissione della documentazione di spesa**. I documenti del mese di dicembre devono essere presentati entro il 31 gennaio successivo.

La documentazione di spesa viene restituita dal Fondo all'iscritto per gli usi fiscali.

CODICE	PRESTAZIONI (per richiedere il rimborso compilare il mod. 2333)	CONTRIBUTO
0200	Visite specialistiche (escluse le visite odontoiatriche, odontostomatologiche ed ortodontiche in quanto comprese nell'apposita tabella) Contributo pari al 100% della spesa sostenuta per visite effettuate da medici specialisti, da primari di ospedale, da direttori di clinica o Istituto universitario , con un massimo per ogni visita di: Il contributo viene erogato per le visite specialistiche prescritte dal medico convenzionato del S.S.N. che ha in carico l'assistito. Detta prescrizione non è necessaria per le visite pediatriche (fino al compimento del 14° anno di età), oculistiche, ostetrico-ginecologiche ed omeopatiche (in tale ultimo caso il medico dovrà indicare che applica la "medicina omeopatica"). Nella documentazione di spesa deve risultare la specializzazione del medico . Sono escluse dal rimborso le visite di medicina sportiva, del lavoro, legale ed assicurativa.	€ 80,00
0807	Accertamenti diagnostici effettuati in concomitanza con la visita specialistica:	70% della spesa
1205	Ricoveri in strutture del S.S.N. e se autorizzati dal S.S.N. presso case di cura private in Italia e luoghi di cura all'estero. Per i ricoveri autorizzati il contributo è calcolato dopo aver dedotto l'importo riconosciuto dal S.S.N. • rette di degenza: contributo pari al 100% della spesa sostenuta, con un importo massimo giornaliero di:	€ 60,00
1307	• familiare di compagnia: contributo pari a 100% della spesa sostenuta per l'assistenza a bambini fino al 14° anno di età (o ad assistiti di età superiore ai 14 anni se richiesta dal medico), con un importo massimo giornaliero di:	€ 23,24
1409	• interventi chirurgici e/o prestazioni varie: contributo pari al 90% della spesa sostenuta per le prestazioni medico-sanitarie, con o senza intervento chirurgico, e per le prestazioni dei servizi di diagnosi e cura, con esclusione della quota di amministrazione.	90% della spesa
1416	Ricoveri presso Case di Cura private per i quali è stata richiesta l'autorizzazione del S.S.N. e la stessa è stata negata: si fa luogo al rimborso per retta di degenza e per familiare di compagnia come alle precedenti voci 1205 e 1307 e per: • interventi chirurgici e/o prestazioni varie: contributo pari al 50% della spesa sostenuta. Sono in ogni caso escluse dal rimborso le spese di carattere "personale" quali vitto extra, telefono, TV, trasporti con autolettiga, ecc., nonché le spese di amministrazione.	50% della spesa
4004	Occhiali e lenti a contatto Contributo pari al 100% della spesa sostenuta per l'acquisto di occhiali o lenti a contatto, su prescrizione di medico oculista, con un massimo:	€ 108,46
4050	• per ogni paio di occhiali da vicino:	€ 108,46
4208	• per ogni paio di occhiali da lontano/permanenza:	€ 216,91
4106	• per ogni paio di occhiali con lenti bifocali o graduali o per contemporaneo acquisto di occhiali da vicino e da lontano:	€ 154,94
4163	• per ogni paio di lenti a contatto:	€ 154,94
	• per lenti a contatto "usa e getta": le ricevute, o gli scontrini, vanno accumulati durante i dodici mesi dell'anno solare e inviati in un'unica richiesta entro il 31 dicembre dell'anno stesso:	€ 154,94
	Nel corso di dodici mesi può essere erogata solamente una delle prestazioni su indicate. Decorsi i 12 mesi ed entro i 24 mesi dal precedente acquisto è necessaria una nuova prescrizione. Decorsi i 24 mesi dall'ultimo acquisto, può essere presentata la precedente prescrizione del medico oculista anche se già utilizzata. E' escluso il riconoscimento del contributo per l'acquisto di qualsiasi altro tipo di occhiali.	

CODICE	P R E S T A Z I O N I (per richiedere il rimborso compilare il mod. 2333)	CONTRIBUTO
5005	Farmaci di “classe C” I farmaci devono sempre essere prescritti dal medico convenzionato del S.S.N. che ha in carico l’assistito, da pediatri, oculisti, odontoiatri, ostetrici, ginecologi, o da altri specialisti ai quali l’assistito sia stato inviato dal medico stesso. Saranno comunque esclusi dal rimborso, anche se prescritti, i farmaci di “automedicazione” (OTC) e quelli per i quali non sarebbe prevista la prescrizione del medico (SOP). Per ottenere il rimborso è necessario presentare la prescrizione medica in originale con applicato il talloncino del prezzo con il codice a barre e lo scontrino fiscale ; qualora nella stessa prescrizione siano compresi anche medicinali mutuabili, deve essere prodotta fotocopia di detta prescrizione. Non si fa luogo a erogazione di contributi per richieste di rimborso di importo inferiore a Euro 36,15	50% della spesa
5209	Medicinali omeopatici Contributo pari al 50% della spesa sostenuta per l’acquisto di prodotti omeopatici previsti nell’ Informatore Farmaceutico , prescritti dal medico curante. Per ottenere il rimborso è necessario presentare la prescrizione medica con l’indicazione della persona cui il medicinale è destinato. Sulla prescrizione deve essere applicata la parte della confezione contenente la denominazione del medicinale con il prezzo e l’eventuale codice a barre e deve essere allegato lo scontrino fiscale. La farmacia deve apporre sulla prescrizione il proprio timbro e il prezzo di vendita a fianco di ogni prodotto. Non si fa luogo a erogazione di contributi per richieste di rimborso non conformi a quanto sopra o di importo inferiore a Euro 36,15.	50% della spesa
6006 6108 6200	Iniezioni • intramuscolari: contributo pari al 100% della spesa sostenuta con un massimo per iniezione di: • endovenose: contributo pari al 100% della spesa sostenuta con un massimo per iniezione: • fleboclisi e altre iniezioni: contributo pari al 100% della spesa sostenuta con un massimo per iniezione di: Il rimborso ha luogo solo se le iniezioni sono eseguite da personale medico o paramedico; in tale ultimo caso sulla documentazione di spesa devono essere indicati gli estremi del patentino, nonché il destinatario della prestazione.	€ 1,55 € 4,13 € 6,20
6302	Accertamenti diagnostici (radioscopie, radio-ecografie, analisi, indagini di laboratorio, ecc.) e terapie, cure fisiche, agopuntura, cure termali e idropiniche Contributo pari al 70% della spesa sostenuta, previa prescrizione di detta prestazione da parte del medico convenzionato del S.S.N. che ha in carico l’assistito, da pediatri, oculisti, odontoiatri, ostetrici, ginecologi, o da altri specialisti ai quali l’assistito sia stato inviato dal medico stesso. Per le prestazioni effettuate presso strutture del S.S.N. non si richiede la copia della prescrizione. Le prestazioni devono essere eseguite da personale medico o paramedico; in tale ultimo caso, per le cure eseguite presso centri non convenzionati, la documentazione di spesa deve contenere l’indicazione della persona che ha eseguito la terapia e gli estremi del titolo abilitante. Non sono ammesse al rimborso le spese sostenute per cure di carattere estetico, chinesilogico, pranoterapeutico, chiropratico, fitoterapeutico e similari. Non sono rimborsabili le prestazioni eseguite da chi ha prescritto le prestazioni. Non si fa luogo a erogazioni di contributi per richieste di rimborso di importo inferiore a Euro 36,15.	70% della spesa
6609	Psicoterapia Contributo pari al 70% della spesa sostenuta, previa prescrizione di detta prestazione da parte del medico convenzionato del S.S.N. che ha in carico l’assistito. La psicoterapia deve essere effettuata da specialista laureato in medicina (neurologo, neuropsichiatra o psichiatra) o da laureato in psicologia che dichiara di essere iscritto all’Albo degli Psicologi (far indicare il codice di iscrizione). Per le prestazioni effettuate presso strutture del S.S.N. non si richiede la copia della prescrizione.	70% della spesa
6814	Vaccini desensibilizzanti Contributo pari al 50% della spesa sostenuta, previa prescrizione del medico specialista.	50% della spesa
6905	Piccoli interventi ambulatoriali (esclusi interventi odontoiatrici) Il contributo viene erogato su prescrizione della necessità dell’intervento da parte del medico convenzionato del S.S.N. che ha in carico l’assistito o da parte dello specialista al quale l’assistito è stato inviato dal medico stesso, nella misura del 70% della spesa con un massimo di : Detta prescrizione non è necessaria per i piccoli interventi ambulatoriali eseguiti da pediatri, oculisti, ostetrici e ginecologi. Non sono ammesse al rimborso le spese sostenute per interventi di carattere estetico. Non rientrano tra i piccoli interventi ambulatoriali quelli che richiedono il pernottamento. In presenza di particolari tipi di piccoli interventi ambulatoriali il Comitato, a giudizio insindacabile e favorevole di tutti i componenti, potrà di volta in volta determinare una maggiorazione del limite massimo sopra indicato.	€ 1.291,14

CODICE	P R E S T A Z I O N I (per richiedere il rimborso compilare il mod. 2333)	CONTRIBUTO
7303	Allattamento artificiale Il contributo viene erogato su prescrizione della necessità di ricorrere all'allattamento artificiale nei primi sei mesi di vita del neonato, certificata dal medico convenzionato del S.S.N. che ha in carico il bambino o da parte dello specialista (pediatra o ostetrico), nella misura del 100% della spesa sostenuta con un massimo di: Il contributo è raddoppiato nei casi di parti gemellari. Il contributo deve essere richiesto in un'unica soluzione, allegando la fattura (o ricevuta con allegati gli scontrini fiscali) di data anteriore al sesto mese di vita del neonato, accompagnati dai moduli scaricabili dal sito o richiedibili al fondo (attestazione del farmacista o autocertificazione)	€ 309,87
7450	Protesi e presidi Il contributo viene erogato su presentazione della prescrizione del medico convenzionato del S.S.N. che ha in carico l'assistito o del medico specialista, e della fattura della spesa sostenuta. I soggetti per i quali sia previsto da parte del S.S.N. il concorso totale o parziale alla spesa per l'acquisto di protesi e presidi (invalidi civili, ecc.) devono rivolgersi preventivamente al S.S.N. per ottenere il contributo; il contributo del Fondo viene determinato deducendo dalla spesa sostenuta l'importo riconosciuto dal S.S.N. Non si fa luogo ad erogazione di contributi per richieste di rimborso di importo inferiore a euro 100 per singolo presidio e se il presidio non è stato approntato "su misura" per l'iscritto.	70% della spesa
7461	• protesi, carrozzelle per minorati e presidi ortopedici:	€ 413,17
7472	• protesi oculare (occhio artificiale): 70% della spesa sostenuta con un massimo di:	€ 723,04
7475	• protesi acustica: 70% della spesa sostenuta con un massimo di:	€ 1.446,08
7483	• protesi acustica binaurale: 70% della spesa sostenuta con un massimo di:	€ 413,17
7500	• apparecchio laringofono: 70% della spesa sostenuta con un massimo di: • riparazione di protesi e presidi: 70% della spesa sostenuta con un massimo di:	€ 154,94
9009	Portatori di handicap Agli iscritti ed ai familiari portatori di handicap, con minorazioni accertate in base all'art. 4 della legge 5.2.1992 n. 104, viene corrisposto un contributo pari al 100% della spesa sostenuta a fronte di spese mediche generiche o di quelle di assistenza medica o paramedica specifica con un massimo pro-capite annuo di:	€ 671,39
9010	Nell'ambito di tale massimale annuo individuale le prestazioni della presente Tabella (con esclusione dell'assegno in caso di morte) vengono ulteriormente integrate fino a concorrenza della spesa sostenuta e ammessa al rimborso. L'erogazione è calcolata sulle somme rimaste a carico dell'iscritto.	
8202	Contributo spese funerarie Il contributo viene erogato nell'ordine all'iscritto, al coniuge, ai parenti o comunque alle persone che hanno effettivamente sostenuto le spese funerarie, su documentazione intestata alla persona che le ha sostenute, nei seguenti importi massimi:	€ 774,69
8304	• in caso di morte di iscritto in servizio o in pensione: • in caso di morte di familiare di iscritto, avente diritto alle prestazioni del Fondo ai sensi del Regolamento, nonché in caso di morte di pensionato di reversibilità:	€ 516,46

Tabella deliberata dal Comitato Amministrativo del Fondo in data 4/5/2009 e approvata dal Consiglio di Amministrazione della Cassa di Risparmio del Veneto Spa, ai sensi dell'art. 5 del Regolamento, in data 13/5/2009.

PRESTAZIONI PER CURE DENTARIE

Sono ammesse al rimborso solo le prestazioni previste nella presente tabella, effettuate dai medici-odontoiatri all'uopo autorizzati. Per le cure eseguite presso "Studi dentistici" e "Poliambulatori" è necessaria l'indicazione del medico-odontoiatra che ha effettuato la cura.

Contributo pari al 100% della spesa sostenuta con un massimo come di seguito indicato.

CODICE	PRESTAZIONI (per richiedere il rimborso compilare il mod. 2333/1; gli appositi riquadri vanno compilati dal medico)		CONTRIBUTO
	Prestazioni non riferite a singoli denti	<i>Non ripetibile prima di:</i>	
0201	visita odontoiatrica, odontostomatologica, ortodontica	6 mesi	€ 51,65
2013	ablazione tartaro (anche se effettuata in più sedute)	6 mesi	€ 36,15
2057	curettage (anche se effettuato in più sedute)	6 mesi	€ 41,32
2148	jonoforesi	6 mesi	€ 20,66
2219	radiografia panoramica	1 anno	70% della spesa
2592	frenulectomia		€ 61,97
2718	intervento chirurgico pre-protetico	1 anno	€ 118,79
3398	protesi scheletrata superiore	2 anni	€ 309,87
3401	protesi scheletrata inferiore	2 anni	€ 309,87
3548	protesi mobile totale superiore	3 anni (1)	€ 619,75
3559	protesi mobile totale inferiore	3 anni (1)	€ 619,75
3606	impronta di studio	6 mesi	€ 51,65
3640	molaggio selettivo	3 mesi	€ 25,82
3800	ribasatura protesi	1 anno	€ 82,63
3855	riparazione protesi mobile	1 anno	€ 38,73
	Prestazioni riferite a singoli denti		
	<i>(il medico dovrà indicare nel mod. 2333/1 i denti interessati, numerandoli da 1 a 8 per ogni quadrante)</i>		
2091	sigillatura solchi	1 anno	€ 16,53
2173	radiografia endorale	1 anno, massimo di 10 radiogrammi, cadauno:	€ 7,75
2228	estrazione di radice		€ 25,82
2240	estrazione semplice di dente		€ 25,82
2319	estrazione chirurgica di dente		€ 46,48
2375	estrazione denti seminclusi/inclusi		€ 77,47
2514	apicectomia		€ 87,80
2558	gengivectomia	1 anno	€ 15,49
2638	splintaggio	6 mesi	€ 15,49
2672	rizotomia		€ 67,14
2752	carie non penetrante semplice	1 anno	€ 41,32
2810	carie non penetrante composta	6 mesi	€ 46,48
2843	cura edodontica canalare	1 anno	€ 87,80
2865	ricostruzione di dente	1 anno	€ 51,65
3014	innesto osseo	3 anni	€ 51,65
3025	lembo a riposizionamento apicale	3 anni	€ 56,81
3036	lembo a scorrimento	3 anni	€ 46,48
3047	lembo a riposizionamento coronale	3 anni	€ 46,48
3058	innesto libero	3 anni	€ 77,47
3069	pulpotomia		€ 41,32
3081	corona (dente ricoperto)	4 anni	€ 232,41
3092	corona provvisoria	4 anni	€ 30,99
3116	elemento di protesi fissa	4 anni	€ 232,41
3467	elemento di protesi provvisoria	4 anni (2)	€ 30,99
3490	riparazione elemento di protesi fissa o corona	1 anno	€ 30,99
3183	elemento di perno moncone	4 anni	€ 98,13
3252	elemento di gancio	4 anni	€ 33,57
3321	attacco di precisione	4 anni	€ 113,62
3412	elemento di protesi scheletrata	2 anni	€ 41,32
3560	elemento di protesi mobile	3 anni	€ 41,32
3684	intarsio	4 anni	€ 129,11
3742	barra di Ackerman	4 anni	€ 77,47
3924	implantologia - impianto endosseo	4 anni	€ 361,52
3935	implantologia - pilastro	4 anni	€ 154,94
3946	implantologia - corona provvisoria	4 anni	€ 41,32
3957	implantologia - corona definitiva	4 anni	€ 232,41
	Cura ortodontica (comprese visite periodiche di controllo)		
3913	Il contributo viene erogato anche agli assistiti di età superiore ai 18 anni a condizione che la cura sia necessaria allo scopo di consentire un impianto protesico o per motivi di funzionalità masticatoria, con esclusione degli interventi a prevalente scopo estetico; tale condizione deve risultare da apposita dichiarazione rilasciata dal medico dentista.		
	Contributo pari al 100% della spesa sostenuta, per un'operazione ciclica completa di cura, con un'integrazione massima pari a:		€ 1.807,60

(1) si prescinde dal decorso del triennio nel caso in cui il rinnovo della protesi sia necessario per intervenute modificazioni della base di appoggio dell'apparecchio per assorbimento dei processi alveolari: tali condizioni devono risultare da apposita dichiarazione del medico chirurgo-odontoiatra;

(2) non è previsto alcun contributo per elementi di protesi provvisoria cui faccia seguito una protesi mobile totale, parziale o scheletrata.