



GUIDA 2026

ALLE PRESTAZIONI SANITARIE



FONDO EST
ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA



IN QUESTA GUIDA TROVI LE AREE SANITARIE GESTITE DAL FONDO IN FORMA DIRETTA.

A Fondo Est possono aderire le aziende che applicano ai propri dipendenti, full time o part time (ad esclusione dei dirigenti e dei quadri), uno dei seguenti contratti (CCNL):

- Terziario, distribuzione e servizi;
- Pubblici esercizi, Ristorazione Collettiva e Commerciale, Turismo;
- Imprese di Viaggi e Turismo;
- Aziende Ortofrutticole e Agrumarie;
- Farmacie partecipate Enti locali;
- Lavoratori dello sport;
- Autoscuole;
- Attività Funebre;
- Distribuzione Moderna Organizzata (DMO);
- Fiori Recisi;
- Settore Assistenziale socio-sanitario.

Per informazioni sulle prestazioni sanitarie e sulle richieste di rimborso devi contattare esclusivamente il Customer Service di Fondo Est al numero **06 51 03 11** dal lunedì al venerdì oppure puoi inviare una e-mail all'indirizzo **info@fondoest.it**.

Per reclami scrivere a **info@fondoest.it**.

Per le prestazioni fruita nelle annualità precedenti, si rimanda alle relative Guide alle Prestazioni Sanitarie Erogate da Fondo Est.

Per tutti gli aggiornamenti sulle prestazioni sanitarie fornite si rimanda al sito **www.fondoest.it**

4 PACCHETTO MATERNITÀ

- 5 Visite di controllo
- 5 Ecografie
- 6 Analisi Clinico Chimiche e Indagini Genetiche
- 6 Indennità di parto
- 6 Documentazione richiesta ai fini del rimborso

8 VISITE SPECIALISTICHE

- 10 Come chiedere le prestazioni
- 10 Prestazioni fruita presso le strutture convenzionate SiSalute per Fondo Est

12 DIAGNOSTICA

- 14 Come chiedere le prestazioni
- 14 Prestazioni fruita presso le strutture convenzionate SiSalute per Fondo Est
- 15 Le prestazioni comprese nell'area "Diagnostica"

20 TICKET SANITARI PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

- 21 Come chiedere le prestazioni

24 CHEMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA E DIALISI

- 25 Documentazione richiesta ai fini del rimborso

26 LENTI E OCCHIALI

- 27 Cosa si intende per massimale per fattura?
- 27 Superamento del limite dei 36 mesi
- 28 Alcuni esempi
- 29 Documentazione richiesta ai fini del rimborso

30 FISIOTERAPIA

- 31 Fisioterapia da infortunio o patologie particolari
- 32 Esempi di rimborso
- 34 Documentazione richiesta ai fini del rimborso

38 PACCHETTI DI RIABILITAZIONE E CONTROLLO

- 39 Pacchetto 1: Riabilitazione Patologie Osteoarticolari
- 41 Pacchetto 2: Riabilitazione Post Partum
- 43 Pacchetto 3: Post Menopausa

46 AGOPUNTURA

- 47 Documentazione richiesta ai fini del rimborso

48 PRESIDI E AUSILI MEDICI ORTOPEDICI

- 50 Documentazione richiesta ai fini del rimborso

52 INVALIDITÀ

- 53 Destinatari delle prestazioni
- 53 Requisiti dei destinatari
- 53 Oggetto della garanzia
- 54 Documentazione richiesta ai fini del rimborso

58 ESCLUSIONI DEL PIANO SANITARIO



PACCHETTO MATERNITÀ

Le prestazioni inerenti alla maternità sono gestite direttamente da Fondo Est in forma rimborsuale e sono rivolte esclusivamente all'iscritta.



Le prestazioni previste saranno ammesse a rimborso se effettuate in strutture pubbliche e private.

SONO COMPRESI NELLA GARANZIA:

- Visite di controllo ostetrico ginecologiche;
- Visite specialistiche;
- Controlli ostetrici;
- Visita anestesiológica in caso di programmazione di parto cesareo e di parto indolore;
- Ecografie ostetriche;
- Accertamenti diagnostici;
- Analisi di laboratorio clinico;
- Accertamenti specialistici finalizzati al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto;
- Indagini genetiche e indennità di parto.

VISITE DI CONTROLLO

È previsto il rimborso integrale delle visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia, dei controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica/o iscritto all'apposito albo professionale, delle visite anestesiológicas in caso di programmazione di parto cesareo e di parto indolore, e di tutte le visite specialistiche finalizzate al monitoraggio/controllo della salute della gestante e del feto, indipendentemente dalla tipologia di visita effettuata.

ECOGRAFIE

È previsto il rimborso di tutte le ecografie ostetriche.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

È previsto il rimborso integrale degli accertamenti diagnostici finalizzati al monitoraggio/controllo della salute della gestante e del feto, indipendentemente dalla tipologia di accertamento diagnostico effettuato.

ANALISI CLINICO CHIMICHE E INDAGINI GENETICHE

È previsto il rimborso delle spese sostenute per analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche), indagini genetiche (amniocentesi, villocentesi, translucenza nucale, test sul DNA fetale ecc.) ed ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto, riconosciuto dal Ministero della Salute.



Il massimale di rimborso relativo al Pacchetto Maternità ammonta a € 1.000,00 per evento gravidanza.

Ai fini del conteggio della durata della gravidanza vengono considerate la data dell'ultima mestruazione e la data del parto.



Si ricorda che le prestazioni odontoiatriche sono ricomprese nel Piano Sanitario ad erogazione UniSalute.

INDENNITÀ DI PARTO

In occasione del parto effettuato in strutture pubbliche o private, naturale o cesareo, è prevista un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero per un massimo di 7 notti. L'indennità è erogata con gli stessi criteri anche in caso di ricovero per aborto spontaneo, terapeutico o volontario e ai fini del rimborso vengono considerate le notti di ricovero.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

1. Copia della documentazione di spesa (fattura/ticket) dalla quale si evinca la prestazione effettuata.
2. Certificato attestante lo stato di gravidanza, con indicazione della data dell'ultima mestruazione e la data presunta del parto.

Per l'indennità di parto è richiesto l'invio in copia della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), dalla quale si evinca che il ricovero è stato effettuato per parto o per aborto spontaneo o terapeutico.

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata (1 anno dalla data di dimissioni dal ricovero per l'indennità di parto).



Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

VISITE SPECIALISTICHE



Le visite specialistiche vengono gestite direttamente da Fondo Est.

L'iscritto può avvalersi di strutture del SSN (Servizio Sanitario Nazionale), di strutture private convenzionate da SiSalute per Fondo Est e di strutture direttamente convenzionate con Fondo Est ove presenti.

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga di strutture del SSN (Servizio Sanitario Nazionale), può sostenere la prestazione e successivamente richiederne il rimborso caricando i documenti nell'area riservata MyFondoEst raggiungibile dal sito www.fondoest.it sez. "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est".



Il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari ammessi a rimborso.



Nel caso in cui l'iscritto si avvalga di strutture convenzionate SiSalute per Fondo Est o di strutture direttamente convenzionate con Fondo Est ove presenti, è necessario ottenere l'autorizzazione alla prestazione seguendo una delle due modalità di seguito indicate:

- accedere all'area riservata MyFondoEst raggiungibile dal sito www.fondoest.it sez. "Prenota una prestazione presso una struttura convenzionata";
- contattare il numero 06 51 03 11 dal lunedì al venerdì.

Si ricorda che, per effettuare la prenotazione, l'iscritto dovrà essere in possesso della prescrizione del medico indicante la patologia presunta o accertata.



Il Fondo liquida direttamente alla struttura convenzionata SiSalute per Fondo Est o alla struttura direttamente convenzionata con Fondo Est ove presente, il costo della prestazione, salvo una franchigia a carico dell'assistito di € 20,00 non rimborsabile dal Fondo.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni è di € 700,00.

Le visite sono previste in caso di patologia (presunta o accertata) indicata in prescrizione medica.

COME CHIEDERE LE PRESTAZIONI

Richiesta di rimborso Ticket SSN.

L'Iscritto dovrà trasmettere al Fondo:

1. Copia della prescrizione medica con l'indicazione della patologia presunta o accertata.
2. Copia del Ticket Sanitario con indicazione della prestazione sostenuta.

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

PRESTAZIONI FRUITE PRESSO LE STRUTTURE CONVENZIONATE SISALUTE PER FONDO EST O STRUTTURE CONVENZIONATE DIRETTAMENTE CON FONDO EST OVE PRESENTI

L'Iscritto dovrà:

- accedere all'area MyFondoEst sul sito www.fondoest.it sez. "Prenota una prestazione presso una struttura convenzionata";

oppure

- contattare il numero 06 51 03 11 dal lunedì al venerdì.

In caso di prenotazione l'Iscritto riceverà, a mezzo telefono, mail o sms, comunicazione da parte di SiSalute o di Fondo Est relativa al buon esito della prenotazione medesima.

L'assistito dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Si ricorda che la visita odontoiatrica con ablazione del tartaro è erogabile nell'ambito della prevenzione odontoiatrica prevista nel piano sanitario di Fondo Est gestito da UniSalute. Questa dovrà essere prenotata tramite la Centrale Operativa al numero **051.4185748** o accedendo all'area MyFondoEst sul sito www.fondoest.it



Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.



DIAGNOSTICA



Le prestazioni di Diagnostica vengono gestite direttamente da Fondo Est. L'iscritto può avvalersi di strutture del SSN (Servizio Sanitario Nazionale), di strutture private convenzionate da SiSalute per Fondo Est e di strutture direttamente convenzionate con Fondo Est ove presenti.

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga di strutture del SSN (Servizio Sanitario Nazionale), può sostenere la prestazione e successivamente richiederne il rimborso caricando i documenti nell'area riservata MyFondoEst raggiungibile dal sito www.fondoest.it sez. "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est".



Il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari ammessi a rimborso.



Nel caso in cui l'iscritto si avvalga di strutture convenzionate SiSalute per Fondo Est o di strutture direttamente convenzionate con Fondo Est ove presenti, è necessario ottenere l'autorizzazione alla prestazione seguendo una delle due modalità di seguito indicate:

- accedere all'area riservata MyFondoEst raggiungibile dal sito www.fondoest.it sez. "Prenota una prestazione presso una struttura convenzionata";
- contattare il numero 06 51 03 11 dal lunedì al venerdì.

Si ricorda che, per effettuare la prenotazione, l'iscritto dovrà essere in possesso della prescrizione del medico indicante la patologia presunta o accertata.



Il Fondo liquida direttamente alla struttura convenzionata SiSalute per Fondo Est o alla struttura direttamente convenzionata con Fondo Est ove presente il costo della prestazione, salvo una franchigia a carico dell'assistito di € 35,00 non rimborsabile dal Fondo.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni è di € 6.000,00.

Le prestazioni sono previste in caso di patologia (presunta o accertata) indicata in prescrizione medica.

COME CHIEDERE LE PRESTAZIONI

Richiesta di rimborso Ticket SSN.

L'Iscritto dovrà trasmettere al Fondo:

1. Copia della prescrizione medica con l'indicazione della patologia presunta o accertata.
2. Copia del Ticket Sanitario con indicazione della prestazione sostenuta.

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

PRESTAZIONI FRUITE PRESSO LE STRUTTURE CONVENZIONATE SISALUTE PER FONDO EST O STRUTTURE CONVENZIONATE DIRETTAMENTE CON FONDO EST OVE PRESENTI

L'Iscritto dovrà:

- accedere all'area MyFondoEst sul sito www.fondoest.it sez. "Prenota una prestazione presso una struttura convenzionata";

oppure

- contattare il numero 06 51 03 11 dal lunedì al venerdì.

In caso di prenotazione l'Iscritto riceverà, a mezzo telefono, mail o sms, comunicazione da parte di SiSalute o di Fondo Est relativa al buon esito della prenotazione medesima.

L'assistito dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

LE PRESTAZIONI COMPRESSE NELL'AREA DIAGNOSTICA SONO:

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

- Esami radiologici apparato osteoarticolare;
- Mammografia monolaterale e bilaterale (si precisa che per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica senza indicazione della patologia);
- RX colonna vertebrale in toto;
- RX di organo apparato;
- RX esofago;
- RX esofago esame diretto;
- RX tenue seriato;
- RX tubo digerente;
- RX tubo digerente prime vie;
- RX tubo digerente seconde vie.

Radiologia convenzionale (con contrasto)

- Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio);
- Artrografia;
- Cavernosografia;
- Cistografia/doppio contrasto;
- Cisturografia minzionale;
- Clisma opaco e/a doppio contrasto;
- Colangiografia;
- Colecistografia;
- Colpografia;
- Coronarografia (compreso eventuale ricovero in day hospital);
- Dacriocistografia;
- Defecografia;
- Esame urodinamico;
- Fistelografia;
- Flebografia;
- Fluorangiografia;
- Galattografia;
- Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o sonoisterografia;
- Linfografia;
- Mammografia monolaterale e bilaterale (si precisa che per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica senza indicazione della patologia);

- RX esofago con contrasto opaco/doppio contrasto;
- RX piccolo intestino con doppio contrasto;
- RX stomaco con doppio contrasto;
- RX tenue a doppio contrasto con studio selettivo;
- RX tubo digerente completo compreso esofago con contrasto;
- Scialografia con contrasto;
- Uretrocistografia;
- Urografia;
- Vesciculodeferentografia.

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

- Ecografia mammaria;
- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale;
- Ecografia prostatica anche transrettale;
- Ecografia addome superiore;
- Ecografia addome inferiore;
- Ecografia muscolo tendinea;
- Ecografia osteoarticolare;
- Ecografia parti molli;
- Ecografia tiroidea;
- Ecografia transrettale;
- Ecografia oculare;
- Ecografia cardiaca.

Ecocolordopplergrafia

- Ecodoppler cardiaco compreso color;
- Ecocolordoppler arti inferiori e superiori;
- Ecocolordoppler aorta addominale;
- Ecocolordoppler tronchi sovraortici.

Tomografia computerizzata (TC)

- Angio TC;
- Angio TC distretti eso o endocranici;
- TC spirale multistrato (64 strati);
- TC con e senza mezzo di contrasto.
- OCT.

Risonanza magnetica (RM)

- Angio RM con contrasto;
- Cine RM Cuore;
- RMN con e senza mezzo di contrasto.

PET

- Tomografia ad emissione di positroni (PET) per organodistretto-apparato.

Scintigrafia

- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia);
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate;
- Tomoscintigrafia (SPET) cerebrale;
- Tomoscintigrafia SPET miocardica.

Diagnostica strumentale


- Campimetria;
- ECG dinamico con event recorder esterno;
- Elettrocardiogramma (ECG);
- Elettrocardiogramma (ECG) dinamico con dispositivi analogici (holter);
- Elettrocardiogramma (ECG) sotto sforzo;
- Elettroencefalogramma;
- Elettroencefalogramma (EEG) con privazione sonno;
- Elettroencefalogramma (EEG) dinamico 24 ore;
- Elettromiografia (EMG);
- Elettroretinogramma;
- Monitoraggio continuo (24 ore) della pressione arteriosa;
- Pap – Test con esami microbiologici;
- Phmetria esofagea gastrica;
- Potenziali evocati;
- Spirometria;
- Tomografia mappa strumentale della cornea.

Biopsie

- Tutte.

Endoscopie diagnostiche ed operative

- Cistoscopia;

- 
- Esofagogastroduodenoscopia;
 - Isteroscopia (compreso eventuale ricovero in day hospital per l'isteroscopia operativa);
 - Pancolonscopia;
 - Rettoscopia;
 - Rettosigmoidoscopia;
 - Tracheobroncoscopia.



**Nel caso in cui le prestazioni di endoscopia diagnostica si trasformassero in corso di esame in endoscopie operative, il Fondo garantirà la copertura sia dell'endoscopia diagnostica che dell'atto operatorio.
Rientrano in copertura anche le biopsie direttamente correlate all'esecuzione delle endoscopie previste dal piano.**



Varie

- Biopsia del linfonodo sentinella;
- Emogasanalisi arteriosa;
- Lavaggio bronco alveolare endoscopico;
- Ricerca del linfonodo sentinella e punto di reperi (compreso eventuale ricovero in day hospital);

N.B.: Le prestazioni diagnostiche di natura odontoiatrica sono ricomprese nel Piano Sanitario ad erogazione UniSalute, nella specifica sezione ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ODONTOIATRICI.



Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

TICKET SANITARI PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO



Il rimborso dei Ticket SSN per accertamenti diagnostici e il rimborso dei Ticket SSN di Pronto Soccorso viene gestito direttamente da Fondo Est. Sono compresi in copertura tutti quegli accertamenti Diagnostici non indicati nell'area "Diagnostica".

Le prestazioni sono previste in caso di patologia (presunta o accertata) indicata in prescrizione medica.

Esempi di prestazioni che rientrano in copertura:

- Esami ematochimici (esami del sangue, delle urine e delle feci);
- Prelievi Microbiologici.

L'Iscritto può avvalersi delle strutture SSN (Servizio Sanitario Nazionale), sostenere la prestazione e successivamente richiederne il rimborso caricando i documenti nell'area riservata MyFondoEst raggiungibile dal sito www.fondoest.it sez. "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est".



Il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari ammessi a rimborso.

**Il massimale annuo assicurato per il complesso
delle prestazioni è di € 500,00.**



COME CHIEDERE LE PRESTAZIONI

Richiesta di rimborso Ticket SSN.

L'Iscritto dovrà trasmettere al Fondo:

1. Copia della prescrizione medica con l'indicazione della patologia presunta o accertata.
2. Copia del Ticket Sanitario con indicazione della prestazione sostenuta.

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.



N.B.: non rientrano gli accertamenti diagnostici di natura odontoiatrica.



**Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio,
richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche,
l'invio della documentazione in originale.**



CHEMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA E DIALISI



Il Fondo rimborsa integralmente entro il massimale annuo le spese per:

- Chemioterapia;
- Radioterapia;
- Dialisi.

In tali aree rientreranno tutte le voci di terapia, le prestazioni dell'equipe medica oncologica e ogni prestazione direttamente correlata alla somministrazione della terapia medesima (es. Posizionamento cateteri). Inoltre rientreranno i farmaci chemioterapici antineoplastici autorizzati alla vendita in Italia, rimborsabili nel rispetto del limite del massimale d'area.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

1. Copia della certificazione medica attestante la patologia per la quale viene effettuata la terapia.
2. Copia della prescrizione medica della terapia, con l'indicazione del numero di sedute.
3. Copia del documento di spesa, indicante le singole voci di dettaglio.

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.



La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 6.000,00 per iscritto.

Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.





LENTI E OCCHIALI



Fondo Est provvede al pagamento delle spese sostenute per l'acquisto di lenti e occhiali per difetti visivi sia da vicino che da lontano senza alcuna limitazione sulla patologia riscontrata dall'oculista. È possibile effettuare l'acquisto in qualsiasi esercizio commerciale.

Il rimborso viene concesso ogni 36 mesi, su una singola fattura per lenti o occhiali. Una nuova richiesta di rimborso potrà essere presentata solo al termine di questo periodo.



L'importo rimborsabile per fattura è di € 90,00.



COSA SI INTENDE PER MASSIMALE PER FATTURA?

Si intende che il contributo viene erogato una sola volta nei limiti di € 90,00 a fronte di un corrispettivo speso dall'iscritto e documentato con fattura per l'acquisto di lenti, lenti a contatto e occhiali. L'acquisto della sola montatura non sarà ammesso a rimborso. In nessun caso il massimale potrà essere raggiunto sommando più richieste nel corso dei 36 mesi.

SUPERAMENTO DEL LIMITE DEI 36 MESI

Il rimborso potrà essere concesso prima che siano trascorsi 36 mesi dalla data dell'ultima fattura liquidata dal Fondo, nel caso in cui l'oculista (o l'ottico in caso di variazione del visus per difetto visivo isolato da vicino) certifichi una variazione di almeno 1,5 diottrie sferiche o cilindriche su un singolo occhio, per qualsiasi tipo di patologia.



In tal caso il Fondo concederà il rimborso, sempre che siano trascorsi almeno 12 mesi dalla data dell'ultima fattura liquidata.

In caso di variazione di 1,5 diottrie sferiche o cilindriche su singolo occhio, anche se non ancora trascorsi 36 mesi, verrà accordato il rimborso dopo 12 mesi dalla data dell'ultima fattura liquidata.

ALCUNI ESEMPI

Esempio 1

In caso di variazione di 1,5 diottrie sferiche o cilindriche sul singolo occhio per la stessa patologia indicata nella prima richiesta di rimborso presentata al Fondo, verrà accordato il rimborso anche se non sono ancora trascorsi 36 mesi dalla precedente fattura, a meno che non sia già stata liquidata un'altra fattura nei 12 mesi precedenti la data della fattura della quale si sta chiedendo il rimborso.

In questo caso il termine dei 36 mesi decorre dalla data della fattura più recente rimborsata dal Fondo.

- 10/01/2017 Il sig. Mario Rossi acquista un occhiale per miopia e ne ottiene il rimborso dal Fondo Est nei successivi mesi;
- 10/10/2018 Il sig. Mario Rossi, a seguito di visita oculistica, acquista un nuovo paio di occhiali per miopia. La variazione riscontrata all'occhio dx è di 1,75 diottrie;
- Il signor Mario Rossi non ha richiesto il rimborso di altre fatture per lenti o occhiali nei 12 mesi precedenti la data della seconda fattura;
- Il signor Mario Rossi può presentare la richiesta di rimborso al Fondo perché la variazione riscontrata è maggiore o uguale di 1,50 diottrie e sono trascorsi più di 12 mesi dall'ultima fattura liquidata per lenti e occhiali.

Esempio 2

- 10/01/2017 Il sig. Mario Rossi acquista un occhiale per miopia e ne ottiene il rimborso da Fondo Est;
- 10/10/2018 Il sig. Mario Rossi, a seguito di visita oculistica, acquista un nuovo paio di occhiali per miopia. La variazione riscontrata all'occhio dx è di 0,75 diottrie;
- Il signor Mario Rossi non ha richiesto il rimborso di altre fatture per lenti o occhiali nei 12 mesi precedenti la data della seconda fattura;
- Il signor Mario Rossi non può ottenere il rimborso della fattura in quanto la variazione delle diottrie è inferiore a 1,50.

Esempio 3

- 10/01/2017 Il sig. Mario Rossi acquista un occhiale per miopia e ne ottiene il rimborso da Fondo Est;
- 11/01/2020 Il sig. Mario Rossi, a seguito di visita oculistica, acquista un nuovo paio di occhiali per miopia. La variazione riscontrata all'occhio dx è di 0,75 diottrie;

- Il signor Mario Rossi non ha richiesto il rimborso di altre fatture per lenti o occhiali nei 12 mesi precedenti la data della seconda fattura;
- Il signor Mario Rossi può ottenere il rimborso della fattura in quanto, nonostante la variazione non sia di almeno 1,50 diottrie, sono trascorsi 36 mesi dalla data dell'ultima fattura liquidata.

Non saranno ammessi a rimborso occhiali e/o lenti per finalità estetiche

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

1. Copia della prescrizione dell'oculista attestante le diottrie sferiche e/o cilindriche mancanti. La prescrizione dell'ottico sarà accettata solo in caso di difetto visivo isolato da vicino. Per le prescrizioni di lenti multifocali persiste l'obbligo della prescrizione dell'oculista. Saranno ritenute valide le prescrizioni rilasciate fino a 24 mesi antecedenti la data della fattura. Non saranno accettate prescrizioni emesse successivamente alla data di acquisto e prescrizioni di ortottici.
2. Copia della fattura attestante l'acquisto del presidio.

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo all'acquisto del presidio.

Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.



FISIOTERAPIA



FISIOTERAPIA DA INFORTUNIO O PATOLOGIE PARTICOLARI

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici esclusivamente a fini riabilitativi nei casi di seguito indicati, purché prescritti dal medico “di base” o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata ed effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

1. Infortunio certificato entro le 48 ore dall’evento traumatico da Pronto Soccorso di ospedale o istituzione sanitaria organizzata che abbia effettuato il primo soccorso (es. clinica, casa di cura, ospedale privato). La fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette dell’infortunio.
2. Particolari patologie:
 - 2.1 Ictus cerebrale. La fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette della patologia.
 - 2.2 Neoplasie. La fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette della patologia.
 - 2.3 Forme degenerative encefaliche o midollari. La fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette della patologia.
 - 2.4 Sclerosi Laterale Amiotrofica.
 - 2.5 Sclerosi Multipla.
 - 2.6 Distrofia muscolare (Duchenne e Becker)
 - 2.7 Amputazioni arti o segmento di arti
 - 2.8 Protrusione ed ernie discali certificate dal referto di Risonanza Magnetica (RM) o Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) e lombalgia da sovraccarico certificata da prescrizione medica. In caso di referti particolarmente vetusti il Fondo si riserva di chiedere documentazione aggiuntiva. La fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette della patologia. In caso di soluzione chirurgica vertebrale per ernia discale, la fisioterapia sarà concessa per un massimo di 6 mesi dall’evento chirurgico certificato da documentazione medica attestante la data dell’intervento stesso.

Non rientrano in garanzia:

Prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico. Si ricorda, inoltre, che il Fondo non provvederà al rimborso delle prestazioni riabilitative

effettuate da chiropratici, in quanto tale figura professionale non è riconosciuta nell'ordinamento giuridico italiano.

Inoltre non sono ammesse a rimborso le prestazioni effettuate da chinesiologi, osteopati e posturologi. Non è ammesso a rimborso il noleggio o l'acquisto di apparecchi elettromedicali anche se relativi a prestazioni fisioterapiche previste dal Piano.



Il massimale annuo per la garanzia Fisioterapia da infortunio o particolari patologie è di € 500,00 per il complesso delle prestazioni.



ESEMPI DI RIMBORSO:

Esempio 1: Fattura per 1 seduta di "Ginnastica correttiva" € 15,00

Come si rimborsa?

Importo massimo rimborsabile per seduta € 11,00 (vedi elenco).

Importo rimborsato: € 11,00

Esempio 2: Fattura per 10 sedute di "Ginnastica correttiva" € 200,00 + 10 sedute di Chinesiterapia individuale € 250,00

Come si rimborsa?

Ginnastica correttiva (rimborso massimo per seduta € 11,00).

Importo rimborsato: € 110,00

Chinesiterapia individuale (rimborso massimo per seduta € 23,00).

Importo rimborsato: € 230,00

Totale rimborsato: € 340,00

Nel caso in cui l'assistito si avvallesse del SSN (Servizio Sanitario Nazionale), il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari nei limiti del massimale di € 500,00 annui. Le aree terapeutiche di fisioterapia utilizzate nel caso di rieducazione funzionale e riabilitazione per traumatismi o patologie ammesse a rimborso sono:

PRESTAZIONI DI ELETTROTHERAPIA

Elettroterapia/Elettrostimolazioni

COSTO PER SEDUTA

€ 10,00

Ionoforesi

€ 10,00

Terapia antalgica transcutanea

€ 8,00

PRESTAZIONI DI IDROTHERAPIA

Idrochinesiterapia

COSTO PER SEDUTA

€ 13,00

PRESTAZIONI DI MASSOTERAPIA

Drenaggio linfatico manuale

€ 15,00

Massoterapia segmentaria

€ 19,00

per qualunque segmento

PRESTAZIONI DI RIEDUCAZIONE

FUNZIONALE E CHINESITERAPIA

Chinesiterapia individuale (ogni tipo)

COSTO PER SEDUTA

€ 23,00

Ginnastica correttiva

€ 11,00

Ginnastica medica (non a scopo estetico)

€ 16,00

Ginnastica propriocettiva

€ 8,00

Ginnastica respiratoria

€ 11,00

Ginnastica segmentaria

€ 11,00

Riabilitazione post-operatoria

€ 11,00

Riabilitazione post-traumatica

€ 11,00

Rieducazione neuromotoria

€ 21,00

Riabilitazione del pavimento pelvico

€ 30,00

PRESTAZIONI DI SONOTERAPIA

Ultrasuoni

COSTO PER SEDUTA

€ 10,00

PRESTAZIONI DI TECARTERAPIA

Tecarterapia/Diatermia

COSTO PER SEDUTA

€ 26,00

PRESTAZIONI DI TERMOTERAPIA

Ipertermia

COSTO PER SEDUTA

€ 31,00

PRESTAZIONI DI VERTEBROTHERAPIA MANU MEDICA

– effettuata da medico chirurgo

COSTO PER SEDUTA

Manipolazioni vertebrali

€ 21,00

VARIE

	COSTO PER SEDUTA
Laserterapia	€ 22,00
Ozonoterapia Manu Medica – effettuata da medico chirurgo (solo in caso di protrusioni, ernie discali e lombalgia da sovraccarico)	€ 45,00

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

In caso di infortunio accertato da Pronto Soccorso o da struttura sanitaria che abbia effettuato il primo soccorso:

1. Copia della certificazione del Pronto Soccorso o della struttura sanitaria attestante l'infortunio.
2. Copia di una prescrizione medica dettagliata rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata, indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie.
3. Copia del documento di spesa valido ai fini fiscali, indicante il tipo di trattamento fisioterapico, il numero di sedute, il costo unitario per singola seduta e dal quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (massofisioterapista, infermiere professionale, fisioterapista, terapeuta occupazionale, terapeuta della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti ai sensi del Decreto del Ministero della Sanità 27 luglio 2000). Si ricorda che, per effetto di quanto previsto dall'art. 1 del Decreto 17/05/2002 emanato a firma congiunta dai Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, le prestazioni di riabilitazione svolte dai fisioterapisti usufruiscono del regime di esenzione IVA di cui all'art. 10 n. 18 del D.P.R. 26/10/1972 n. 633. Pertanto il Fondo, a fronte di prestazioni riabilitative effettuate da medico o personale sanitario riconosciuto dalla legislazione vigente, non provvederà al rimborso dell'IVA eventualmente applicata.

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

Nel caso delle particolari patologie che consentono l'accesso ai trattamenti fisioterapici garantiti dal Fondo, dovranno essere inviate:

1. Per patologie di cui ai punti 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6 e 2.7 dell'area di fisioterapia della presente guida: copia della certificazione medica attestante la natura della patologia, rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata. Per protrusioni ed ernie discali di cui al punto 2.8 della presente guida: copia del referto di Risonanza Magnetica (RM) o Tomografia Assiale Computerizzata (TAC). In caso di soluzione chirurgica vertebrale per ernia discale, copia della documentazione medica attestante la data dell'intervento stesso. Per lombalgia da sovraccarico di cui al punto 2.8 della presente guida, copia della prescrizione medica attestante la natura della patologia, rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata.
2. Copia di una prescrizione medica dettagliata rilasciata dal medico "di base" o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata, indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie. La fisioterapia prescritta dovrà essere coerente con la patologia.
3. Copia del documento di spesa valido ai fini fiscali indicante il tipo di trattamento fisioterapico, il numero di sedute, il costo unitario per singola seduta e dal quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale, massofisioterapista, fisioterapista, terapeuta occupazionale, terapeuta della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti – D.M. 27 luglio 2000 – GU n. 190 del 16/08/2000). Si ricorda che, per effetto di quanto previsto dall'art. 1 del Decreto 17/05/2002 emanato a firma congiunta dai Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, le prestazioni di riabilitazione svolte dai fisioterapisti usufruiscono del regime di esenzione IVA di cui all'art. 10 n. 18 del D.P.R. 26/10/1972 n. 633. Pertanto il Fondo, a fronte di prestazioni riabilitative effettuate da medico o personale sanitario riconosciuto dalla legislazione vigente, non provvederà al rimborso dell'IVA eventualmente applicata in fattura.

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it.



Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.



Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.



PACCHETTI DI RIABILITAZIONE E CONTROLLO



Fondo Est mette a disposizione dei propri iscritti tre pacchetti di prestazioni finalizzate alla riabilitazione e al controllo per alcune patologie e stati fisiologici. I pacchetti non sono cumulabili. Per ogni anno civile l'Iscritto ha la possibilità di attivare uno solo dei tre pacchetti e può effettuare esclusivamente, e nei limiti indicati dal presente piano, le prestazioni previste per il pacchetto prescelto.



Il massimale annuo per ciascuno dei tre pacchetti è di € 500,00.



PACCHETTO 1: RIABILITAZIONE PATOLOGIE OSTEOARTICOLARI

Il pacchetto è attivabile esclusivamente per le seguenti patologie:

- sindrome del tunnel carpale;
- sindrome del canale di Guyon (ultimo tratto del nervo ulnare);
- sindrome del tunnel tarsale;
- dito a scatto;
- tendinite del flessore della mano;
- tendinite dell'estensore della mano;
- epicondilita;
- epitrocleite;
- sindrome di De Quervain (tenosinovite stenosante);
- capsulite adesiva;
- lesione/infiammazione della cuffia dei rotatori;
- tendinite del sovra spinoso;
- borsite della spalla;
- artrite/Periartrite scapolo omerale o spalla;
- sindrome di Morton/metatarsalgia;
- varici Arti Inferiori;
- gonalgia;
- coxalgia.

Attivando il pacchetto *Riabilitazione patologie osteoarticolari* si potrà ottenere il rimborso delle seguenti voci, nei limiti del costo massimo per seduta previsto per ciascuna prestazione:

PRESTAZIONI

COSTO MASSIMO PER SEDUTA

Massoterapia individualizzata	€	19,00
Luce infrarossa	€	8,00
Ultrasuoni	€	10,00
Magnetoterapia	€	12,00
Laser Terapia	€	22,00
Tecarterapia	€	26,00
Ipertermia	€	31,00
Drenaggio linfatico manuale (DML)	€	15,00
Bendaggio elastico	€	15,00

Nel caso in cui l'assistito si avvallesse del SSN (Servizio Sanitario Nazionale), il Fondo rimborsa integralmente i ticket.

Certificazioni attestanti la patologia rilasciate prima di tre mesi rispetto all'inizio del piano di cura non saranno accettate.

Non rientrano in garanzia:

Prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico. Si ricorda, inoltre, che il Fondo non provvederà al rimborso delle prestazioni riabilitative effettuate da chiropratici in quanto tale figura professionale non è riconosciuta nell'ordinamento giuridico italiano. Inoltre non sono ammesse a rimborso le prestazioni effettuate da chinesiologi, osteopati e posturologi. In caso di risoluzione chirurgica la fisioterapia sarà concessa per un massimo di 6 mesi dall'evento chirurgico. In caso di soluzione chirurgica, copia della documentazione medica attestante la data dell'intervento stesso.

Non è ammesso a rimborso il noleggio o l'acquisto di apparecchi elettromedicali anche se relativi a prestazioni fisioterapiche previste dal Piano.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

1. Copia della certificazione medica attestante la natura della patologia, rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata.
2. Copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata, indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie.

3. Copia del documento di spesa valido ai fini fiscali indicante il tipo di trattamento fisioterapico, il numero di sedute, il costo unitario per singola seduta e dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale, massofisioterapista, fisioterapista, terapeuta occupazionale, terapeuta della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti – D.M. 27 luglio 2000 – GU n. 190 del 16/08/2000). Si ricorda che, per effetto di quanto previsto dall'art. 1 del Decreto 17/05/2002 emanato a firma congiunta dai Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, le prestazioni di riabilitazione svolte dai fisioterapisti usufruiscono del regime di esenzione IVA di cui all'art. 10 n. 18 del D.P.R. 26/10/1972 n. 633. Pertanto il Fondo, a fronte di prestazioni riabilitative effettuate da medico o personale sanitario riconosciuto dalla legislazione vigente, non provvederà al rimborso dell'IVA eventualmente applicata in fattura.

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoeest.it.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

PACCHETTO 2: RIABILITAZIONE POST PARTUM

Il pacchetto è attivabile esclusivamente a seguito di parto attestato da certificazione, rilasciata da medico o da struttura sanitaria, indicante l'espletamento del termine di gravidanza.

Attivando il pacchetto Riabilitazione Post Partum si potrà ottenere il rimborso delle seguenti voci, nei limiti del costo massimo per seduta di ciascuna prestazione e purché le prestazioni siano effettuate entro 6 mesi dalla data del parto:

PRESTAZIONI

COSTO MASSIMO PER SEDUTA

Ginnastica Post Partum	€	11,00
Riabilitazione del pavimento pelvico	€	30,00

Nel caso in cui l'assistito si avvallesse del SSN (Servizio Sanitario Nazionale), il Fondo rimborsa integralmente i ticket.

Non rientrano in garanzia:

Prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico. Si ricorda, inoltre, che il Fondo non provvederà al rimborso delle prestazioni riabilitative effettuate da chiropratici in quanto tale figura professionale non è riconosciuta nell'ordinamento giuridico italiano.

Inoltre non sono ammesse a rimborso le prestazioni effettuate da chinesiologi, osteopati e posturologi.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

1. Copia della certificazione, rilasciata da medico o da struttura sanitaria, indicante l'espletamento del termine di gravidanza.
2. Copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista, indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie.
3. Copia del documento di spesa valido ai fini fiscali indicante il tipo di trattamento fisioterapico, il numero di sedute, il costo unitario per singola seduta e dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale, massofisioterapista, fisioterapista, terapista occupazionale, terapista della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti – D.M. 27 luglio 2000 – GU n. 190 del 16/08/2000). Si ricorda che, per effetto di quanto previsto dall'art. 1 del Decreto 17/05/2002 emanato a firma congiunta dai Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, le prestazioni di riabilitazione svolte dai fisioterapisti usufruiscono del regime di esenzione IVA di cui all'art. 10 n. 18 del D.P.R. 26/10/1972 n. 633. Pertanto il Fondo, a fronte di prestazioni riabilitative effettuate da medico o personale sanitario riconosciuto dalla legislazione vigente, non provvederà al rimborso dell'IVA eventualmente applicata in fattura.

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

PACCHETTO 3: POST MENOPAUSA

Il pacchetto è attivabile esclusivamente a seguito di menopausa attestata da medico "di base" o dallo specialista.

Attivando il pacchetto Post Menopausa si potrà ottenere il rimborso delle seguenti voci, nei limiti dell'eventuale costo massimo per seduta previsto per alcune prestazioni e della ripetibilità prevista per altre:

PRESTAZIONI	COSTO MASSIMO PER SEDUTA
Riabilitazione del pavimento pelvico	€ 30,00
Ginnastica medica	€ 16,00
Visita ginecologica Post Menopausa	(max 1/anno)
MOC	(max 1/anno)


Nel caso in cui l'assistito si avvallesse del SSN (Servizio Sanitario Nazionale), il Fondo rimborsa integralmente i ticket.

Non rientrano in garanzia:

Prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico. Si ricorda, inoltre, che il Fondo non provvederà al rimborso delle prestazioni riabilitative effettuate da chiropratici in quanto tale figura professionale non è riconosciuta nell'ordinamento giuridico italiano. Inoltre non sono ammesse a rimborso le prestazioni effettuate da chinesiologi, osteopati e posturologi.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

1. Copia della certificazione, rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista, attestante lo stato di menopausa.
2. Per i trattamenti fisioterapici previsti dal pacchetto: copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista, indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie. Per la visita ginecologia e per la MOC: copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista.
3. Copia del documento di spesa valido ai fini fiscali. Per i documenti di spesa relativi alle prestazioni fisioterapiche, è necessario che nella fattura si evinca il tipo di trattamento fisioterapico, il numero di sedute, il costo unitario per singola seduta e che il trattamento è stato effettuato da personale medico o



paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale, massofisioterapista, fisioterapista, terapista occupazionale, terapista della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti – D.M. 27 luglio 2000 – GU n. 190 del 16/08/2000). Si ricorda che, per effetto di quanto previsto dall'art. 1 del Decreto 17/05/2002 emanato a firma congiunta dai Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, le prestazioni di riabilitazione svolte dai fisioterapisti usufruiscono del regime di esenzione IVA di cui all'art. 10 n. 18 del D.P.R. 26/10/1972 n. 633. Pertanto il Fondo, a fronte di prestazioni riabilitative effettuate da medico o personale sanitario riconosciuto dalla legislazione vigente, non provvederà al rimborso dell'IVA eventualmente applicata in fattura.

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.



Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

AGOPUNTURA MANU MEDICA



Il Fondo provvede al pagamento delle spese per agopuntura, effettuata da medico chirurgo, a seguito di malattia o infortunio esclusivamente a fini antalgici (terapia del dolore). Ai fini del rimborso dovrà essere inviata una prescrizione medica dettagliata indicante la necessità del trattamento di agopuntura a fini antalgici. In caso di prescrizione rilasciata da medico specialista, la specializzazione dovrà essere inerente alla patologia denunciata. Il trattamento deve essere effettuato da medico chirurgo il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa (fatture/ricevute).



Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni è di € 250,00.



Saranno rimborsati, nei limiti del massimale annuo indicato, le fatture e i ticket trasmessi nelle modalità di seguito indicate.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

1. Copia della prescrizione attestante la necessità della terapia a fini antalgici.
2. Copia fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da medico chirurgo, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.



Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

PRESIDI E AUSILI MEDICI ORTOPEDICI



Il Fondo rimborsa le spese per l'acquisto o il noleggio di presidi, ausili medici ortopedici, sempre se appositamente prescritti. Non è ammesso a rimborso il noleggio o l'acquisto di apparecchi elettromedicali anche se relativi a prestazioni fisioterapiche previste dal Piano.



Per ogni tipologia di presidio sono previsti massimo 2 acquisti/anno.



Ortesi per piede

Es.: plantare, supporto calcaneare, ortesi di stabilizzazione della caviglia, ecc.

Calzature ortopediche su misura*

Presidi elastocompressivi antitrombo e per linfedema per arto superiore

Apparecchi ortopedici per arto inferiore

Dispositivi per prevenire e correggere le deformità dell'arto inferiore e dell'anca: non è un dispositivo atto alla deambulazione

Apparecchi ortopedici per arto superiore

Dispositivi per prevenire e correggere le deformità dell'arto superiore

Ortesi spinali

Dispositivi rigidi/semirigidi. Es.: corsetto 3 punti, corsetto di declinazione, corsetto per scoliosi, a tre valve, ecc.

Ausili per rieducazione di movimento, forza, equilibrio

Es.: ginocchiera elastica, ginocchiera elastica con foro rotuleo, dispositivi di trazione elastomerici, con cinghie di trazione, cavigliere ortopediche, elastiche, bivalva, pneumatiche, stampelle canadesi, tripodi, ecc.

Carrozze

Accessori per carrozzine

Ausili per il sollevamento

Sollevatori mobili, sollevatori a soffitto

* È escluso il rimborso di calzature ortopediche di serie ovvero quelle per le quali non è stato realizzato un confezionamento specifico per l'iscritto.



Le spese vengono rimborsate nella misura dell'80% lasciando a carico dell'iscritto uno scoperto del 20%.



Documentazione richiesta ai fini del rimborso:

1. Copia della prescrizione medica attestante la necessità dell'utilizzo dei presidi e ausili ortopedici con l'indicazione della patologia che l'ha generata.
2. Copia della fattura o dello scontrino nel quale sia indicato il prodotto acquistato o noleggiato e, nei casi in cui dallo scontrino non si evinca la tipologia del prodotto, sarà necessario inviare anche una dichiarazione del venditore timbrata e sottoscritta, indicando il prodotto acquistato o noleggiato.

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativa all'acquisto o al noleggio del presidio.



La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 3.000,00 per l'iscritto.



Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

INVALIDITÀ



PRESTAZIONI A SOSTEGNO DI SOGGETTI CHE VERSANO IN CONDIZIONI DI INVALIDITÀ

DESTINATARI DELLE PRESTAZIONI

Sono destinatari della presente garanzia i lavoratori iscritti a Fondo Est che hanno maturato i requisiti soggettivi di cui al paragrafo "Requisiti dei destinatari".

REQUISITI DEI DESTINATARI

I destinatari delle prestazioni sono coloro che hanno:

1. Invalidità derivante da infortunio sul lavoro o malattie professionali certificata dall'INAIL, di grado uguale o superiore all'80%.
2. Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%.

Tali invalidità devono essere già certificate col relativo grado uguale o maggiore all'80%, alla data di effettuazione della prestazione della quale si chiede il rimborso.

Per accedere ai plafond, la copertura sanitaria deve essere attiva alla data dell'effettuazione della prestazione (data fattura).

PRESTAZIONI EFFETTUATE PRIMA DELLA DATA DI CERTIFICAZIONE DELL'INVALIDITÀ

- A.** Viene comunque garantito il rimborso per le prestazioni effettuate nel periodo che intercorre tra la data della domanda di riconoscimento di invalidità e la certificazione stessa.
- B.** Si garantisce altresì il rimborso per le prestazioni effettuate dopo l'insorgenza della patologia certificata da medico o struttura sanitaria, nel caso in cui tale patologia sia motivo di certificazione di invalidità di grado uguale o superiore all'80% e sia stata inoltrata la domanda per il riconoscimento della suddetta invalidità nei 60 gg successivi alla sopra indicata certificazione di insorgenza patologia.

OGGETTO DELLA GARANZIA

A fronte della sussistenza dei presupposti soggettivi di cui ai punti nn. 1 e 2, il Fondo mette a disposizione degli I scritti, una tantum, un plafond di spesa di:

- € 6.000,00 per invalidità con grado compreso tra 80% e 90%;
- € 8.000,00 per invalidità con grado compreso tra 91% e 100%.

Per il rimborso delle seguenti prestazioni:

1. Prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico, odontoiatrico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia che ha causato l'invalidità (cioè finalizzate al monitoraggio alla cura e alla gestione della patologia medesima o all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati.
2. Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè finalizzate all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati.
3. Presidi e ausili sanitari (acquistati e/o noleggiati).
4. Presidi finalizzati al supporto per deficit motori (es. servo scala, veicoli per supporto movimenti, etc.).
5. Consulenza psicologica effettuata da psicologo abilitato, sedute di psicoterapia, visita psichiatrica, visita neurologica.
6. Personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf).

In caso di aggravamento e di riconoscimento di un grado maggiore di invalidità che comporti il passaggio da una fascia all'altra di plafond di spesa, verrà riconosciuto il diritto solo alla differenza di importo (€ 2.000,00) e non la disponibilità dell'intero plafond della nuova fascia di riferimento.

I soggetti che presentino i requisiti di cui ai punti nn. 1 e 2 del paragrafo "Requisiti dei destinatari" della presente garanzia, potranno fruire delle prestazioni anche successivamente all'uscita dalla copertura sanitaria erogata dal Fondo, per dodici mensilità aggiuntive, in virtù dell'estensione concessa ad ogni cessazione della posizione con il Fondo.

L'estensione della copertura non si applica nei casi di sospensione del rapporto lavorativo o in caso di mancata contribuzione.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

Ai fini del rimborso è richiesto l'invio della seguente documentazione:

- copia certificazione Inail/Inps attestante l'invalidità e il relativo grado;
- per le prestazioni relative al punto B della sezione "Prestazioni effettuate prima della data di certificazione dell'invalidità", copia della documentazione medica dalla quale si evinca la data d'insorgenza della patologia;
- copia prescrizione medica (vedi tabella che segue);
- copia documentazione di spesa.

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est sul sito www.fondoest.it.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

TIPO DI PRESTAZIONE

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico odontoiatrico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia che ha causato l'invalidità (cioè finalizzate al monitoraggio, alla cura e alla gestione della patologia medesima o all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati

Prescrizione medica
Documento di spesa

Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè finalizzate all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati

Prescrizione medica
Documento di spesa

Presidi e ausili sanitari (acquistati e/o noleggiati)

Prescrizione medica
Documento di spesa

Presidi finalizzati al supporto per deficit motori (es. servo scala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)

Documento di spesa

Consulenza psicologica effettuata da psicologo abilitato. Sedute di psicoterapia. Visita psichiatrica. Visita neurologica

Prescrizione medica
Documento di spesa



Personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf).

Documento di spesa*

Trasporto sanitario

Documento di spesa

*Per il personale di supporto per le normali attività quotidiane (colf/ badante) la documentazione di spesa richiesta è:

1. Prospetto di retribuzione rilasciato dal datore di lavoro dal quale si evinca:
 - a. Nome e Cognome del lavoratore (colf/badante)
 - b. Numero ore lavorate
 - c. Retribuzione oraria
 - d. Totale retribuzione percepita
 - e. Importo contributi versati
 - f. Firma per ricevuta del lavoratore (colf/badante)
2. Ricevuta attestante il versamento dei contributi all'INPS.

Il Customer Service è in ogni caso a disposizione degli Iscritti per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi:

- 06 51 03 11 numero unico del Customer Service, dal lunedì al venerdì;
- info@fondoest.it per contatti mail.

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it.
Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

Sarà accettata la documentazione comprovante l'adozione di strumenti di pagamento e versamento dei contributi previsti di volta in volta dalla legislazione nazionale per le prestazioni di lavoro occasionale, purché corredata del prospetto di retribuzione redatto nelle modalità di cui al punto 1.



Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.





ESCLUSIONI DEL PIANO SANITARIO



SONO ESCLUSE DALL'OPERATIVITÀ DEL PIANO SANITARIO DI FONDO EST:

- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche;
- le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale (FIVET);
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
- le visite effettuate da personale sanitario non in possesso di specializzazioni riconosciute dalla vigente legislazione.

Professione intramuraria

Le prestazioni erogate a pagamento dai medici negli ospedali pubblici (regime intramoenia o libera professione intramuraria), non sono rimborsabili, tranne che per le garanzie nelle quali è ammesso il rimborso di prestazioni effettuate privatamente.



Ricordiamo che nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, il Fondo ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.





Via Cristoforo Colombo, 137 | 00147 Roma
www.fondoeest.it | info@fondoeest.it

