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 quadri), uno dei seguenti contratti *(CCNL)*:

- Terziario, distribuzione e servizi;
- Pubblici esercizi, Ristorazione Collettiva e Commerciale;
- 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 fruite 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

Per facilitare la comprensione dei termini tecnici è stata inserita una sezione "Glossario" a fine Guida.

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 fruite presso le strutture convenzionate SiSalute per Fondo Est

12 DIAGNOSTICA
14 Come chiedere le prestazioni
14 Prestazioni fruite 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 COMPRESE NELLA GARANZIA:

- Visite di controllo ostetrico ginecologiche;
- Visite specialistiche;
- Controlli ostetrici;
- Visita anestesiologica 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 anestesiologiche 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).

Il Fondo si riserva di richiedere, caso per caso, documentazione originale o integrativa (es. referti medici, prescrizioni, fatture dettagliate, documentazione contabile) ai fini della valutazione del rimborso o per verificarne regolarità e autenticità, come da Informativa Privacy. La ricezione di documenti falsi o contraffatti sarà immediatamente comunicata alle Autorità giudiziarie per l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

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

Il Fondo si riserva di richiedere, caso per caso, documentazione originale o integrativa (es. referti medici, prescrizioni, fatture dettagliate, documentazione contabile) ai fini della valutazione del rimborso o per verificarne regolarità e autenticità, come da Informativa Privacy. La ricezione di documenti falsi o contraffatti sarà immediatamente comunicata alle Autorità giudiziarie per l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

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 COMPRESE 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;
- Cisturetrografia minzionale;
- Clisma opaco e/a doppio contrasto;
- Colangiografia;
- Colecistografia;
- Colpografia;
- Coronarografia (compreso eventuale ricovero in day hospital);
- Dacriocistografia;
- Defecografia;
- Esame urodinamico;
- Fistolografia;
- 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 repere (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.

Il Fondo si riserva di richiedere, caso per caso, documentazione originale o integrativa (es. referti medici, prescrizioni, fatture dettagliate, documentazione contabile) ai fini della valutazione del rimborso o per verificarne regolarità e autenticità, come da Informativa Privacy. La ricezione di documenti falsi o contraffatti sarà immediatamente comunicata alle Autorità giudiziarie per l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

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.

Il Fondo si riserva di richiedere, caso per caso, documentazione originale o integrativa (es. referti medici, prescrizioni, fatture dettagliate, documentazione contabile) ai fini della valutazione del rimborso o per verificarne regolarità e autenticità, come da Informativa Privacy. La ricezione di documenti falsi o contraffatti sarà immediatamente comunicata alle Autorità giudiziarie per l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

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.
Il Fondo si riserva di richiedere, caso per caso, documentazione originale o integrativa (es. referti medici, prescrizioni, fatture dettagliate, documentazione contabile) ai fini della valutazione del rimborso o per verificarne regolarità e autenticità, come da Informativa Privacy. La ricezione di documenti falsi o contraffatti sarà immediatamente comunicata alle Autorità giudiziarie per l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

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.

Il Fondo si riserva di richiedere, caso per caso, documentazione originale o integrativa (es. referti medici, prescrizioni, fatture dettagliate, documentazione contabile) ai fini della valutazione del rimborso o per verificarne regolarità e autenticità, come da Informativa Privacy. La ricezione di documenti falsi o contraffatti sarà immediatamente comunicata alle Autorità giudiziarie per l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

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 avvalesse 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 ELETTROTERAPIA	COSTO PER SEDUTA
Elettroterapia/Elettrostimolazioni	€ 10,00
Ionoforesi	€ 10,00
Terapia antalgica transcutanea	€ 8,00

PRESTAZIONI DI IDROTERAPIA	COSTO PER SEDUTA
Idrochinesiterapia	€ 13,00

PRESTAZIONI DI MASSOTERAPIA	COSTO PER SEDUTA
Drenaggio linfatico manuale	€ 15,00
Massoterapia segmentaria per qualunque segmento	€ 19,00

PRESTAZIONI DI RIEDUCAZIONE FUNZIONALE E CHINESITERAPIA	COSTO PER SEDUTA
Chinesiterapia individuale (ogni tipo)	€ 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	COSTO PER SEDUTA
Ultrasuoni	€ 10,00

PRESTAZIONI DI TECARTERAPIA	COSTO PER SEDUTA
Tecarterapia/Diatermia	€ 26,00

PRESTAZIONI DI TERMOTERAPIA	COSTO PER SEDUTA
Ipertermia	€ 31,00

PRESTAZIONI DI VERTEBROTERAPIA 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, terapista occupazionale, terapista 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, 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.

Il Fondo si riserva di richiedere, caso per caso, documentazione originale o integrativa (es. referti medici, prescrizioni, fatture dettagliate, documentazione contabile) ai fini della valutazione del rimborso o per verificarne regolarità e autenticità, come da Informativa Privacy. La ricezione di documenti falsi o contraffatti sarà immediatamente comunicata alle Autorità giudiziarie per l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

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;
- epicondilite;
- 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 avvalesse 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, 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 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 avvalesse 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 avvalesse 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.

Il Fondo si riserva di richiedere, caso per caso, documentazione originale o integrativa (es. referti medici, prescrizioni, fatture dettagliate, documentazione contabile) ai fini della valutazione del rimborso o per verificarne regolarità e autenticità, come da Informativa Privacy. La ricezione di documenti falsi o contraffatti sarà immediatamente comunicata alle Autorità giudiziarie per l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

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.

Il Fondo si riserva di richiedere, caso per caso, documentazione originale o integrativa (es. referti medici, prescrizioni, fatture dettagliate, documentazione contabile) ai fini della valutazione del rimborso o per verificarne regolarità e autenticità, come da Informativa Privacy. La ricezione di documenti falsi o contraffatti sarà immediatamente comunicata alle Autorità giudiziarie per l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

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.
Carrozzine	

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 Iscritto.

Il Fondo si riserva di richiedere, caso per caso, documentazione originale o integrativa (es. referti medici, prescrizioni, fatture dettagliate, documentazione contabile) ai fini della valutazione del rimborso o per verificarne regolarità e autenticità, come da Informativa Privacy. La ricezione di documenti falsi o contraffatti sarà immediatamente comunicata alle Autorità giudiziarie per l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

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.

Il Fondo si riserva di richiedere, caso per caso, documentazione originale o integrativa (es. referti medici, prescrizioni, fatture dettagliate, documentazione contabile) ai fini della valutazione del rimborso o per verificarne regolarità e autenticità, come da Informativa Privacy. La ricezione di documenti falsi o contraffatti sarà immediatamente comunicata alle Autorità giudiziarie per l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

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.

GLOSSARIO

FONDO EST
ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

FONDO EST DALLA A ALLA Z

ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO: prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

ANALISI CLINICO-CHIMICHE: analisi di laboratorio, effettuate per verificare lo stato di salute del paziente.

AREA RISERVATA FONDO EST: area personale nella quale è possibile accedere con nome utente e password. Al suo interno è possibile inserire richieste di prenotazione delle prestazioni previste in convenzione, inoltrare le richieste di rimborso, verificare la propria copertura e modificare i propri dati anagrafici.

ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA (ANCHE DEFINITA INTRAMOENIA): prestazioni erogate in regime privato da medici di un ospedale pubblico svolte all'interno di una struttura ospedaliera.
Le prestazioni vengono effettuate a fronte di un pagamento di una specifica tariffa concordata. Possono essere indicate come regime di solvenza/solvente o di intramoenia.

AUTORIZZAZIONE: conferma dell'avvenuta prenotazione della prestazione in convenzione diretta pervenuta via e-mail o attraverso sms.

AVULSIONE ODONTOIATRICA: in odontoiatria estrazione/asportazione di un dente.

CARTELLA CLINICA: documento contenente tutte le informazioni sanitarie relative al decorso della malattia e alle cure ricevute.

CONTROLLO OSTETRICO: visita o controllo effettuato da ostetrico (diverso da medico chirurgo ginecologo).

COPERTURA: se attiva, indica il periodo in cui è possibile fruire delle garanzie previste dal Piano Sanitario.

CUP: Centro Unico di Prenotazione, sistema centralizzato informatizzato che permette la gestione delle prestazioni sanitarie (prenotazione, modifica, pagamento) in tutte le strutture del Servizio Sanitario Nazionale presenti nel territorio.

DAY-HOSPITAL: le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ: documento che certifica gli standard imposti dalla vigente normativa relativi al confezionamento di un determinato presidio sanitario.

FATTURA: documento fiscale che l'erogatore privato emette per attestare il pagamento di una prestazione sanitaria.

FINE ANTALGICO: tecnica o trattamento volto a gestire e alleviare il dolore.

FRANCHIGIA: somma che rimane a carico del richiedente in relazione ad una prestazione sanitaria effettuata.

GRAVE EVENTO MORBOSO: alterazione dello stato di salute non dovuta a un infortunio e che rientra in una categoria specifica di patologie.

IMPIANTO ODONTOIATRICO: dispositivo medico di tipo chirurgico utilizzato per riabilitare funzionalmente ed esteticamente la perdita o la mancanza congenita di uno o più denti, permettendo il sostegno di un sostituto protesico.

INDAGINI GENETICHE: analisi di DNA, RNA, cromosomi, metaboliti e altri prodotti genici effettuata per identificare alterazioni e mutazioni correlate a patologie ereditarie o acquisite.

LENTI MULTIFOCALI: sono lenti che correggono diversi difetti visivi (come ad esempio presbiopia e miopia) in un solo paio di occhiali.

MANCANZA DI COPERTURA: periodo in cui la copertura non è attiva e pertanto non è possibile fruire delle garanzie erogate dal vigente Piano Sanitario.

MANU MEDICA: prestazione effettuata da medico chirurgo.

MASSIMALE: importo massimo previsto per singola garanzia.

PIANO SANITARIO: guida alle prestazioni sanitarie erogate, contenente le modalità di fruizione delle stesse.

PLAFOND: limite massimo di rimborso.

POST PARTUM: periodo che segue il parto.

PRESA IN CARICO: conferma dell'inserimento di una richiesta di prenotazione di una prestazione in convenzione diretta.

PRESCRIZIONE LENTI: documento stilato da medico oculista o da ottico, che contiene le diottrie necessarie per correggere il difetto visivo riscontrato.

PRESCRIZIONE MEDICA/RICETTA MEDICA /IMPEGNATIVA MEDICA: documento prodotto da un medico o altro operatore sanitario qualificato che contiene le indicazioni alla prestazione da effettuare e la motivazione per cui si è resa necessaria (vedi definizione **QUESITO DIAGNOSTICO**).

PRESTAZIONI IN REGIME DI SOLVENZA: prestazioni a pagamento effettuate in regime privato.

QUESITO DIAGNOSTICO: motivazione (patologia presunta o accertata), indicata in prescrizione, per la quale viene richiesta una prestazione sanitaria.

RETTA DI DEGENZA: trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che in terapia intensiva.

SDO (SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA): documentazione contenente informazioni relative al paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale.

SISALUTE: società specializzata nell'erogazione di servizi sanitari, incaricata dal Fondo Est per la gestione delle prestazioni specialistiche di Visite e di Alta diagnostica in assistenza diretta da erogare presso il Network di Strutture convenzionate.

STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA: struttura (istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico) nella quale è possibile effettuare le prestazioni previste in convenzione diretta con il Fondo Est.

TICKET SSN: documento di spesa rilasciato dal Servizio Sanitario Nazionale indicante la quota di compartecipazione diretta dei cittadini alla spesa pubblica per l'assistenza sanitaria fornita dallo Stato e dalla Regione.

UNISALUTE S.P.A.: società incaricata dal Fondo per la gestione di una parte delle garanzie sanitarie offerte ai lavoratori iscritti. Per ulteriori dettagli consultare la pagina https://www.fondoest.it/content/guida.

UNA TANTUM: pagamento a carattere straordinario fatto "per una volta soltanto", esclude ogni carattere periodico e continuativo.

VISITA SPECIALISTICA: consulto con un medico specializzato in una specifica branca della medicina, per diagnosticare, trattare o monitorare una patologia.

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