Regolamento

valido dal 1° maggio 2016

FASCHIM

FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA

Il nostro impegno, la tua salute.

Regolamento

SOMMARIO

REGOLAMENTO

TITOLO I FONTI ISTITUTIVE DI FASCHIM

Art. 1 DISPOSIZIONI GENERALI

TITOLO II ASSOCIAZIONE A FASCHIM

Art. 2 DIRITTO DI ASSOCIAZIONE E ISCRIZIONI

Art. 3 ISCRIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

Art. 4 MODALITÀ DI ISCRIZIONE

Art. 5 CONFLUENZE IN FASCHIM DA FORME DI ASSISTENZA SANITARIA AZIENDALI E SETTORIALI

Art. 6 MANTENIMENTO DELLE ISCRIZIONI PER MODIFICAZIONI AZIENDALI

Art. 7 SOSPENSIONI DEL RAPPORTO DI LAVORO ED ASSENZE IN CUI NON SPETTI LA RETRIBUZIONE

Art. 8 USCITA DAL FONDO

Art. 9 ESCLUSIONE DAL FONDO

Art. 10 REISCRIZIONI

Art. 11 PASSAGGIO AD ALTRA IMPRESA SENZA MODIFICA DI CCNL

TITOLO III CONTRIBUTI

Art. 12 CONTRIBUZIONE DEGLI ISCRITTI

Art. 13 VERSAMENTO E DISTINTA DEI CONTRIBUTI

Art. 14 VERSAMENTI RITARDATI O MANCATI

TITOLO IV PRESTAZIONI

Art. 15 PRESTAZIONI RICONOSCIUTE DAL FONDO

Art. 16 CARENZA

Art. 17 MODALITÀ DI RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI - ANTICIPI

Art. 18 PRESTAZIONI NON RIMBORSABILI - DECADENZA DAL DIRITTOAL RIMBORSO

Art. 19 RICHIESTA DI REVISIONE DELLA PRATICA DI RIMBORSO E COLLEGIO ARBITRALE

Art. 20 CALL CENTER E SITO INTERNET

TITOLO I FONTI ISTITUTIVE DI FASCHIM

ART. 1
DISPOSIZIONI GENERALI

1.1. Il presente Regolamento contiene le norme per il funzionamento di FASCHIM, Fondo Nazionale Assistenza Sanitaria per i lavoratori dell'Industria Chimica, Chimico-Farmaceutica, delle Fibre chimiche e dei settori Ceramica, Abrasivi, Lubrificanti e GPL, costituito con atto pubblico il 30.09.03, in attuazione della Parte VII del Ccnl 12.02.02 e dell'Accordo istitutivo del 29.07.03.

1.2. Il Regolamento - applicativo dello Statuto di FASCHIM - è adottato ai sensi dell'art. 21 dello Statuto stesso.

1.3. Per quanto non espressamente previsto nel presente Regolamento si intendono richiamate le norme dell'Atto costitutivo, dello Statuto e le disposizioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro vigenti riguardanti FASCHIM.

1.4. Qualsiasi notizia concernente lo stato di salute degli iscritti è strettamente riservata. Coloro che ne abbiano notizia per ragioni del proprio mandato sono tenuti al segreto. Possono essere divulgate informazioni relative al Fondo solo in forma di relazione complessiva, ancorché riferita a singole prestazioni o a dati statistici e comunque nel rispetto delle normative vigenti.

TITOLO II ASSOCIAZIONE A FASCHIM

ART. 2
DIRITTO DI ASSOCIAZIONE E ISCRIZIONI

2.1. Il diritto di iscrizione a FASCHIM, in qualità di associati, riguarda:

a) le imprese dei settori di cui al titolo I, che applicano i contratti ivi richiamati;

b) i lavoratori dipendenti dalle imprese di cui sopra, operai, qualifiche speciali, impiegati e quadri con rapporto di lavoro:

- a tempo indeterminato,
- a tempo determinato o determinabile (compresi gli apprendisti) la cui durata, al netto del periodo di prova, sia pari o superiore a sei mesi, anche per effetto di proroghe, purché il periodo complessivo non presenti alcun intervallo,
- a part-time il cui orario di lavoro sia pari o superiore al 50% dell'orario legale settimanale di lavoro;

c) i dipendenti delle Organizzazioni firmatarie del Ccnl sopra richiamato;

i dipendenti delle Organizzazioni firmatarie il Ccnl di cui al comma precedente, in caso di passaggio ai vari livelli nella corrispondente Confederazione, possono mantenere l'iscrizione al Fondo purchè agli stessi venga applicato il Ccnl di cui all'art. 1 dello Statuto del Fondo.

d) il coniuge/convivente superstite del lavoratore iscritto, o della lavoratrice iscritta, fino a che il coniuge/convivente deceduto non avrebbe raggiunto il 65° anno di età.

2.2. Possono inoltre iscriversi al Fondo, in qualità di associati, le imprese e i lavoratori dei settori i cui ccnl sono stipulati dalle stesse OO.SS.LL. che hanno dato vita a FASCHIM la cui iscrizione, previo accordo delle Fonti istitutive, sia prevista da appositi accordi collettivi nazionali stipulati dalle Organizzazioni sindacali dei lavoratori di cui al titolo I del presente Regolamento con le Organizzazioni imprenditoriali dei relativi settori. Gli accordi collettivi nazionali in argomento dovranno prevedere le medesime modalità di adesione e contribuzione previste per gli altri iscritti, sia per quanto concerne gli obblighi delle imprese sia per quelli a carico dei lavoratori.

2.3. In qualità di associati sono iscritti anche le imprese e i lavoratori di cui al successivo art. 5, disciplinante le confluenze in FASCHIM.

ART. 3
ISCRIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

3.1. È prevista l'iscrizione al Fondo dei componenti il nucleo familiare. Per nucleo familiare si intende:
- il coniuge del lavoratore
- il convivente (coppie di fatto)
- i figli sino al compimento del 26° anno di età e che non percepiscano un reddito annuo superiore alla soglia identificata nel valore pro tempore dell'assegno sociale. E' possibile l'estensione dell' iscrizione dei figli fino al compimento del 30° anno di età, solo per i figli che, oltre a rispettare la suddetta soglia di reddito, siano inclusi nello stato di famiglia del dipendente iscritto.

Il convivente è iscrivibile al Fondo se, al momento dell'iscrizione, convive da almeno un anno con il soggetto iscritto. La convivenza dovrà essere dimostrata presentando al Fondo autocertificazione attestante la residenza comune e/o la comunanza di domicilio.

E' prevista l'iscrivibilità come nucleo familiare anche ai soggetti in affido familiare presso iscritti al Fondo non oltre il periodo di affidamento e semprechè il tempo dalla data di richiesta dell'iscrizione stessa al termine del periodo presunto di affido sia almeno pari a sei mesi. Si applicano a questa fattispecie, ove riconducibile, tutte le norme previste per i figli.

3.2. Per l'iscrizione dei figli totalmente inabili, la cui condizione sia documentata da apposita certificazione emessa da struttura pubblica, non è previsto alcun limite di età. Il diritto all'iscrizione permane finché sussiste l'iscrizione del lavoratore genitore.

3.3. Per l'iscrizione dei figli (da 0 a 30 anni) la condizione del reddito dei figli deve essere autocertificata all'atto dell'iscrizione attraverso l'apposita modulistica oppure tramite la funzione telematica prevista sul sito del Fondo nell'area riservata al dipendente.

Per il mantenimento oltre il 26° anno, per i figli già iscritti, la copia dello stato di famiglia, oppure la dichiarazione sostitutiva del certificato di stato di famiglia, va inviata al Fondo al compimento del 26° anno di età, in forma cartacea oppure tramite la funzione telematica prevista sul sito del Fondo nell'area riservata al dipendente.

Per le nuove iscrizioni di figli che hanno un'età compresa tra i 26 e il compimento del 30° anno, il documento va inviato al Fondo al momento dell'iscrizione, in forma cartacea oppure tramite la funzione telematica prevista sul sito del Fondo nell'area riservata al dipendente.

Per l'iscrizione dei soggetti in affido familiare va inviato al Fondo anche il documento del tribunale e del servizio sociale locale che attesta l'affido.

Il Fondo si riserva , durante tutto il periodo di iscrizione dei figli e dei soggetti in affido, la facoltà di chiedere al dipendente documentazione idonea alla verifica della presenza delle condizioni di iscrivibilità.

In caso di variazione in corso d'anno delle condizioni necessarie all'iscrizione, il lavoratore dovrà informare tempestivamente il Fondo, direttamente o per il tramite dell'impresa.

3.4. Nel caso di iscrizione al Fondo di entrambi i coniugi/conviventi in qualità di associati, l'iscrizione dei figli non comporta il pagamento del contributo previsto per il nucleo familiare. L'iscrizione dei figli può essere effettuata indifferentemente da uno dei due coniugi/conviventi e il coniuge/convivente che chiede l'iscrizione dei figli provvederà a segnalare al Fondo, direttamente, l'iscrizione dell'altro coniuge/convivente. La condizione di cui al presente comma si applica fintanto che entrambi i coniugi/conviventi sono iscritti al Fondo e la loro contribuzione è regolare.
Nel caso in cui uno dei due coniugi/conviventi cessi dall'iscrizione al Fondo o venga messo in sospensione da parte dell'impresa senza assumere il carico contributivo per sé stesso, è data facoltà al coniuge/convivente, che resta iscritto al Fondo come "iscritto principale" e per il quale il versamento contributivo è regolare, di optare per il mantenimento dell'iscrizione del nucleo ovvero richiederne al Fondo la cessazione.
Se l'iscritto opta per il mantenimento dell'iscrizione del nucleo familiare, di cui può far parte anche il coniuge/convivente uscito dal Fondo, dovrà pagare la relativa quota contributiva a partire dal mese successivo a quello in cui è venuta meno la condizione di gratuità del nucleo stesso. Se, viceversa, l'iscritto opta per la cessazione del nucleo, dovrà comunicarlo al Fondo nelle modalità di cui all'art. 8.4.

ART. 4
MODALITA' DI ISCRIZIONE

4.1. L'adesione dei lavoratori - ed eventualmente del loro nucleo familiare - avviene mediante espressa manifestazione di volontà. Il lavoratore può manifestare alla propria impresa la volontà di iscrizione in qualsiasi momento. In caso di periodo di prova, la richiesta di iscrizione può essere effettuata terminato tale periodo, salvo quanto previsto dall'art. 11.

4.2. L'iscrizione dell'impresa avviene automaticamente con l'adesione a FASCHIM di uno o più dei propri lavoratori dipendenti.

4.3. Le imprese comunicano a FASCHIM, tramite il sito internet, i dati anagrafici necessari per la registrazione dei lavoratori iscritti, compresi quelli dei componenti del nucleo familiare per il quale il lavoratore abbia chiesto l'iscrizione.

4.4. L'iscrizione decorre dal mese in cui sono stati comunicati a FASCHIM, tramite il sito internet, i dati degli aderenti, lavoratori e/o componenti del nucleo familiare, ferma restando la relativa copertura contributiva (trattenuta mensile in busta paga).

4.5. L'iscritto è tenuto a comunicare a FASCHIM, per il tramite dell'impresa, ogni variazione o aggiornamento dei dati in possesso di FASCHIM.

4.6. Il superstite del coniuge/convivente iscritto che voglia mantenere l'iscrizione a FASCHIM deve darne comunicazione scritta al Fondo entro e non oltre 30 giorni dal decesso del coniuge/convivente. La contribuzione a suo carico decorrerà dal mese successivo a quello del decesso.

ART. 5
CONFLUENZE IN FASCHIM DA FORME DI ASSISTENZA SANITARIA AZIENDALI E SETTORIALI

5.1. L'iscrizione a FASCHIM in qualità di associati, ferme restando l'appartenenza ai settori di cui al titolo I e l'applicazione del Ccnl ivi richiamato, è possibile anche per i lavoratori per i quali sono disponibili forme aziendali di assistenza sanitaria. In tali casi, in sede aziendale, con la Rappresentanza sindacale, si potrà stabilire la confluenza in FASCHIM, ovvero il mantenimento della forma

aziendale di assistenza sanitaria, informandone il Fondo.

5.2. Nel caso di accordo di confluenza, l'accordo dovrà prevedere le medesime modalità di adesione e contribuzione (complessiva per ogni iscritto), secondo quanto stabilito per gli altri lavoratori.

Il Consiglio di Amministrazione di FASCHIM, anche in relazione al numero di lavoratori coinvolti che godono di forme di assistenza aziendali e settoriali, potrà valutare le modalità applicative del periodo di carenza previsto dallo Statuto e darne informazione alle Fonti istitutive.

5.3. Gli accordi realizzati dovranno essere trasmessi a FASCHIM - dall'impresa ovvero dalla Rappresentanza sindacale - sia nel caso che sia stata stabilita la confluenza, sia nel caso che sia stato previsto di mantenere la forma di assistenza sanitaria aziendale.

ART. 6
MANTENIMENTO DELLE ISCRIZIONI PER MODIFICAZIONI AZIENDALI

6.1. Nei casi di modifica dell'inquadramento dell'attività dell'impresa, ovvero di trasferimento di azienda o di ramo d'azienda, di fusione, scissione o altre vicende modificative dell'assetto giuridico originario, comportanti l'applicazione ai lavoratori iscritti a FASCHIM di un altro Ccnl, le imprese interessate e/o le relative R.S.U (tramite apposito accordo aziendale) informeranno FASCHIM della volontà di rimanere associati. Il Consiglio di Amministrazione valuterà la possibilità di mantenere l'iscrizione al Fondo di tali lavoratori e delle relative imprese e provvederà ad informarne l'impresa e i lavoratori interessati.

6.2 Nei casi di procedura di mobilità o degli istituti sostitutivi della stessa, e di accordi di incentivazione all'esodo di cui ai commi 1 e seguenti dell'art.4 legge 92/2012, i lavoratori interessati da tale procedura ed il loro nucleo familiare possono mantenere la qualifica di iscritto al Fondo sino al termine massimo del periodo di mobilità, o degli istituti sostitutivi della stessa, o dell'accordo di incentivazione all'esodo (per un massimo di 48 mesi dalla cessazione del rapporto di lavoro come nelle previsioni di legge) per effetto di una delle seguenti situazioni

a) apposito accordo aziendale collettivo o individuale

b) scelta individuale del lavoratore interessato.

6.3 Il documento attestante i casi previsti al comma 6.2, gli eventuali accordi aziendali e/o il modulo di richiesta volontaria di mantenimento dell'iscrizione al Fondo dovranno essere inviati allo stesso entro 3 mesi dalla cessazione per mobilità/incentivo all'esodo effettuata dall'impresa sul portale del Fondo oppure entro il 16 del mese successivo al termine del periodo di copertura previsto dall'accordo aziendale qualora quest'ultimo copra un periodo inferiore rispetto alla complessiva durata dei casi previsti dal comma 6.2, salvo quanto previsto al comma 7.9.

ART. 7
SOSPENSIONI DEL RAPPORTO DI LAVORO ED ASSENZE IN CUI NON SPETTI LA RETRIBUZIONE

7.1. Nei casi di sospensione del rapporto di lavoro, o di assenze in cui non sussista il diritto al normale trattamento retributivo (100%) per un periodo continuativo pari o superiore ad un mese, quali aspettative o permessi, a qualsiasi titolo, assenze per malattia o per maternità, sospensioni dal lavoro con intervento della cassa integrazioni guadagni, il diritto alle prestazioni e l'obbligo della contribuzione, sia a carico dell'impresa sia a carico del lavoratore, sono sospesi, salvo quanto previsto ai successivi comma 7.4 e 7.5.

7.2. La sospensione si applica a partire dal mese in cui si determinano le condizioni di cui sopra. Il

ripristino del diritto alle prestazioni e l'obbligo della contribuzione riprendono dal mese in cui il trattamento retributivo torna ad essere pari al 100%.

7.3. Nel mese in cui si verifica l'evento le imprese comunicheranno a FASCHIM, tramite il sito internet, il motivo della sospensione e le date di inizio e fine.

7.4. Per gli eventi sospensivi di cui ai comma precedenti, possono essere stipulati appositi accordi aziendali, anche individuali, che prevedano la normale copertura contributiva e, quindi, il diritto per i lavoratori interessati al mantenimento delle prestazioni di FASCHIM. In tali casi le imprese, ove la contribuzione non possa essere effettuata con le normali procedure in atto, forniranno al Fondo, in tempo utile, tutti gli elementi necessari per gli adempimenti del caso.

7.5. E' prevista comunque la facoltà del lavoratore, in stato di sospensione di cui ai commi precedenti, di decidere volontariamente di continuare a usufruire delle prestazioni del Fondo ("sospeso con carico"). In tal caso sarà egli a provvedere alla corresponsione della contribuzione complessivamente dovuta secondo quanto previsto al successivo art. 12.4.
In questo caso la decorrenza della copertura da parte del lavoratore deve partire dal mese di inizio del periodo di sospensione; la segnalazione al Fondo deve avvenire non oltre il mese successivo a quello di inizio del periodo di sospensione.
Il periodo di copertura non può essere inferiore alla metà del periodo segnalato dall'impresa come sospensione. All'interno del periodo di sospensione la copertura contributiva da parte del lavoratore non può avere interruzioni.

7.6. Per le aspettative in cui il normale trattamento retributivo è a carico di un soggetto terzo rispetto all'impresa di appartenenza del lavoratore, gli obblighi contributivi e gli adempimenti normalmente previsti in capo all'impresa saranno assolti da tale soggetto. Ove tale soggetto terzo non possa tecnicamente adempiere, l'obbligo contributivo e i relativi adempimenti saranno assolti dal lavoratore.

7.7. Per gli eventi relativi ai casi di cui all'art. 6.2 a), possono essere stipulati appositi accordi aziendali, anche individuali, che prevedano la normale copertura contributiva e, quindi, il diritto per i lavoratori interessati al mantenimento delle prestazioni di FASCHIM per tutto il periodo previsto dall'accordo aziendale e comunque non oltre il periodo della mobilità (o degli istituti sostitutivi della stessa) o non oltre i 48 mesi previsti dalla legge nel caso di incentivazione all'esodo di cui ai commi 1 e seguenti dell'art.4 legge 92/2012, fermo restando quanto previsto dall'art. 6.3.

7.8. Per gli eventi relativi ai casi di cui all'art. 6.2 b), il lavoratore interessato al diritto di mantenimento delle prestazioni di FASCHIM può mantenere la sua iscrizione al Fondo non oltre il periodo della mobilità (o degli istituti sostitutivi della stessa) o non oltre i 48 mesi previsti dalla legge nel caso di incentivazione all'esodo di cui ai commi 1 e seguenti dell'art.4 legge 92/2012.
In tal caso il lavoratore dovrà provvedere alla corresponsione della contribuzione complessivamente dovuta secondo quanto previsto al successivo art. 12.6.
In questo caso la decorrenza della copertura da parte del lavoratore deve partire dal mese successivo alla chiusura della posizione sul portale da parte dell'impresa; il periodo di copertura non può essere inferiore alla metà del periodo della mobilità (o degli istituti sostitutivi della stessa) o alla metà del periodo previsto come incentivazione all'esodo come da legge 92/2012.
All'interno del periodo la copertura contributiva da parte del lavoratore non può avere interruzioni.

7.9 L'iscrizione del nucleo familiare del dipendente oggetto di procedura di mobilità (o di istituti sostitutivi della stessa) o oggetto di accordi di incentivazione all'esodo come da legge 92/2012 può essere effettuata in qualsiasi mese del periodo indicato come durata dell'evento .

ART. 8
USCITA DAL FONDO

8.1. Nei casi di uscita dal Fondo del lavoratore per fine rapporto di lavoro o passaggio alla qualifica

di dirigente, l'impresa deve darne comunicazione a FASCHIM, attraverso il sito internet, entro il mese successivo all'evento. La cessazione del coniuge/convivente superstite verrà comunicata a FASCHIM direttamente dallo stesso o, in mancanza, dai figli.
Nel solo caso di uscita per rinuncia volontaria il lavoratore deve compilare l'apposito modulo entro e non oltre il 31 dicembre dell'anno in corso al momento della rinuncia e consegnarlo all'impresa, la quale provvederà a caricarlo sul portale del Fondo tramite l'apposita funzione entro il 31 gennaio dell'anno successivo (fa fede la data di invio effettivo sul portale; fa fede la data del il timbro postale invece in caso di invio cartaceo).
Nel caso in cui la rinuncia volontaria avvenga in conseguenza a variazioni introdotte dal Consiglio di Amministrazione alle prestazioni o ai contributi, il lavoratore deve sottoscrivere la rinuncia volontaria prima della data di entrata in vigore della variazione. Il lavoratore dovrà consegnare il modulo all'impresa, che dovrà caricarlo sul portale del Fondo tramite l'apposita funzione entro il mese successivo alla data di effetto della variazione. L'uscita dal Fondo in questo caso comporta l'obbligo contributivo e il diritto alle prestazioni fino alla data di entrata in vigore delle suddette variazioni.

8.2. L'uscita dal Fondo per fine rapporto di lavoro o passaggio alla qualifica di dirigente determina la cessazione dell'obbligo contributivo del lavoratore e dell'impresa nonché la cessazione del diritto alle prestazioni dal mese successivo a quello in cui si è verificata la variazione.

8.3. L'uscita per rinuncia volontaria del lavoratore iscritto, o del proprio nucleo familiare (o anche di un solo componente), comporta il mantenimento dell'obbligo contributivo (del lavoratore e dell'impresa) e il diritto alle prestazioni fino alla fine dell'anno solare in corso al momento della rinuncia.

8.4. L'uscita dal Fondo del nucleo familiare, iscritto gratuitamente ai sensi dell'art. 3.4, deve essere comunicata a FASCHIM dall'impresa attraverso l'apposito modulo compilato dal lavoratore. Il modulo deve essere inviato nel mese in cui il lavoratore perde il beneficio della gratuità. In tal caso l'uscita del nucleo non comporta l'obbligo contributivo (del lavoratore) e il diritto alle prestazioni fino alla fine dell'anno solare.

8.5. È data facoltà al lavoratore di revocare la decisione, già comunicata al Fondo durante l'anno, di rinuncia volontaria all'iscrizione per sé e/o per il nucleo familiare (o anche di un solo componente). Tale revoca deve essere comunicata per iscritto a FASCHIM per il tramite dell'impresa entro e non oltre il 31 dicembre dello stesso anno mediante raccomandata AR.

8.6. L'uscita dal Fondo del lavoratore, o del coniuge/convivente superstite, comporta la contestuale uscita dei componenti del nucleo familiare se iscritto.

8.7 L'uscita per "cessazione validità accordo aziendale" determina la cessazione dell'obbligo contributivo del lavoratore e dell'impresa nonchè la cessazione del diritto alle prestazioni dal mese successivo a quello in cui si è verificata la variazione.

La volontà di cessare l'iscrizione deve essere comunicata a FASCHIM dall'impresa attraverso l'apposito modulo compilato dal lavoratore. Il modulo deve essere inviato nel mese in cui il lavoratore perde il beneficio definito dall'accordo aziendale.

ART. 9
ESCLUSIONE DAL FONDO

9.1. Qualora il Fondo ravveda comportamenti degli assistiti finalizzati, in qualunque modo, ad acquisire prestazioni e/o rimborsi non dovuti, con delibera del CdA dispone la sospensione dell'iscritto e contemporaneamente avvia specifici accertamenti. La sospensione viene comunicata all'iscritto e alla impresa di appartenenza. Con la sospensione cessano, per il corrispondente periodo, l'obbligo della contribuzione ed il diritto alle prestazioni anche per le pratiche eventualmente in corso di liquidazione. La sospensione può durare per un periodo fino a sei mesi.

In caso di necessità di ulteriori indagini, la sospensione può essere prorogata al massimo per un ulteriore periodo di sei mesi.

Durante il periodo di sospensione, al fine di assumere le determinazioni di cui al comma successivo, è facoltà del Fondo e dei suoi incaricati di richiedere all'iscritto ogni altra documentazione, anche medica, eventualmente ritenuta necessaria, come pure di procedere a visite di controllo, anche in corso di ricovero

9.2 Al termine del periodo di sospensione in relazione alle risultanze degli accertamenti, il Fondo, fermo restando l'eventuale ricorso alle vie legali, con delibera del CdA, dispone l'immediata esclusione dell'iscritto informandone contestualmente l'impresa di appartenenza, ovvero il ripristino del diritto alle prestazioni nelle modalità previste al successivo comma.

9.3 In caso di ripristino del diritto alle prestazioni, verranno riattivati, sin dal momento dell'inizio della sospensione, la normale contribuzione ed il corrispondente diritto alle prestazioni.

9.4. La delibera di esclusione può essere impugnata dall'iscritto, entro i 30 giorni successivi al ricevimento della notifica, dinanzi al Collegio arbitrale di cui all'art. 9 dello Statuto.

ART. 10
REISCRIZIONI

-La reiscrizione di un lavoratore, o del relativo nucleo familiare, che dopo un periodo di iscrizione abbia rinunciato volontariamente al Fondo, è possibile una sola volta. In tale caso inoltre:
l'obbligo contributivo decorre dal mese della reiscrizione,
il diritto alle prestazioni del Fondo decorre trascorsi 6 mesi dal mese della reiscrizione.
La reiscrizione del nucleo familiare uscito dal Fondo, a seguito del venir meno delle condizioni di gratuità per lo stesso (di cui all'art. 3.4), è sempre ammessa.
In tale caso verrà applicato al nucleo familiare un periodo di carenza di 1 mese.

-La reiscrizione di un lavoratore uscito dal Fondo ai sensi dell'art.8.7 è sempre ammessa applicando un periodo di carenza di 1 mese.

ART. 11
PASSAGGIO AD ALTRA IMPRESA SENZA MODIFICA DI CCNL

Per i casi di passaggio da un'impresa a un'altra che applica lo stesso Ccnl, ove la richiesta della nuova iscrizione riguardi un lavoratore uscito dal Fondo per cessazione del rapporto di lavoro avvenuta nei 12 mesi precedenti:
- il lavoratore può chiedere di mantenere l'iscrizione al Fondo al momento della costituzione del nuovo rapporto di lavoro, anche nel caso sia previsto un periodo di prova;
- l'obbligo contributivo decorre dal mese della nuova iscrizione, salvo che il mese non sia stato già coperto nell'ambito della precedente iscrizione;
la carenza di 1 mese non è applicata e pertanto il diritto alle prestazioni decorre dal mese stesso della nuova iscrizione. La carenza di 1 mese si applica nel caso in cui la costituzione del nuovo rapporto di lavoro avvenga oltre il termine di 12 mesi di cui sopra, e l'eventuale nuova iscrizione è regolata dalle disposizioni di cui all'art. 4 del presente Regolamento.

TITOLO III CONTRIBUTI

ART. 12
CONTRIBUZIONE DEGLI ISCRITTI

12.1. Le imprese versano a FASCHIM trimestralmente i contributi, che vengono stabiliti dalle Parti stipulanti il Ccnl (Fonti istitutive di FASCHIM) per quanto riguarda il contributo del lavoratore dipendente (iscritto principale).

12.2. Il versamento trimestrale comprende il contributo a carico delle imprese e quello a carico dei lavoratori iscritti, nonché il contributo a carico del lavoratore per il nucleo familiare, se iscritto.
La contrattazione aziendale potrà stabilire che i contributi a carico dei lavoratori iscritti siano in tutto o in parte a carico dell'impresa.
Il contributo per il nucleo familiare ammonta a 363 euro all'anno. Nel caso il nucleo familiare iscritto sia costituito dal solo coniuge/convivente o da un solo figlio, il contributo ammonta a 288 euro all'anno.

12.3. I contributi di cui sopra sono frazionati a mese e decorrono dal mese dell'iscrizione. Il contributo a carico del lavoratore viene prelevato dalla retribuzione mensile in ragione di un dodicesimo.

12.4. Il contributo trimestrale dovuto dal coniuge/convivente superstite, o nei casi previsti dall'art. 7.5, per sé e per gli altri componenti del suo nucleo, sarà versato direttamente dallo stesso, con le modalità previste al successivo art. 13.

12.5. Nei casi di accordo relativo ai casi definiti nell' all'art. 6.2 a), le imprese provvederanno a versare al Fondo la contribuzione dovuta in unica soluzione e anticipata.
L'importo dovuto è pari al prodotto del numero dei mesi che l'accordo intende coprire (entro comunque il periodo massimo della mobilità o dei 48 mesi previsti per la legge 92/2012) per il numero di dipendenti cui si riferisce tale accordo ed eventualmente per il numero dei nuclei familiari, ove previsto.

12.6 Nel caso di scelta individuale di mantenimento dell'iscrizione da parte del lavoratore interessato da procedure dei casi previsti all'art. 6.2 b), l'iscritto provvederà al pagamento al Fondo della contribuzione complessivamente dovuta in via trimestrale anticipata mediante bollettino bancario che il Fondo provvederà a recapitargli.

ART. 13
VERSAMENTO E DISTINTA DEI CONTRIBUTI

13.1. Il versamento dei contributi, costituito dall'ammontare totale dei contributi dovuti per tutti gli iscritti, deve essere effettuato trimestralmente dall'impresa sul conto intestato a FASCHIM presso l'istituto bancario da questo prescelto tramite RID o bollettino bancario.

13.2. Il versamento deve essere effettuato entro il giorno 16 del mese successivo al trimestre trascorso. Entro il giorno 6 dello stesso mese l'impresa deve controllare la distinta contabile sul sito internet e apportare le eventuali modifiche anagrafiche non ancora registrate.
Per i soggetti per i quali il versamento non comprenderà l'intero trimestre, la distinta indicherà se il versamento stesso è riferito a uno o due mesi.

13.3. Per i casi di accordo previsti all'art. 6.2 a) il versamento della contribuzione dovuta deve essere effettuato dall'impresa al Fondo entro la fine del mese successivo a quello di inizio della decorrenza dell'accordo di mantenimento dell'iscrizione a FASCHIM.

13.4. Il Fondo, in caso di inesattezza o incompletezza del versamento, informerà tempestivamente l'im-

presa per la regolarizzazione. La regolarizzazione dovrà avvenire entro 45 giorni dalla data di tale comunicazione. Trascorso tale termine, il Fondo informerà l'impresa e i lavoratori interessati, sospendendo l'erogazione delle prestazioni.

13.5. Fermi restando i termini di cui ai precedenti comma, i versamenti del coniuge/convivente superstite o nei casi previsti dall'art. 6.2 b) oppure dall'art. 7.5, verranno effettuati a mezzo bollettino bancario.

13.6. L'erogazione delle prestazioni sarà ripristinata successivamente alla regolarizzazione della posizione, ovvero dal mese concordato nel caso che sia stata accordata dal Consiglio di Amministrazione del Fondo una pianificazione del pagamento dei contributi dovuti o nel caso in cui l'impresa riprenda la regolare contribuzione dopo un periodo di "Concordato preventivo".

ART. 14
VERSAMENTI RITARDATI O MANCATI

14.1. Il ritardo del versamento dei contributi superiore ad un mese comporta l'applicazione di un interesse di mora pari al tasso ufficiale legale maggiorato di 1 punto.

14.2. Il mancato versamento dei contributi dovuti per un periodo continuativo di due trimestri, ove non sia stata chiesta e concordata la pianificazione del pagamento, attiva la procedura di esclusione degli associati.
Prima di procedere con l'effettiva esclusione, il Fondo, che ha già sollecitato l'impresa e sospeso l'erogazione delle prestazioni come previsto all'art. 13.4, invia tempestivamente una comunicazione all'impresa per la regolarizzazione. La regolarizzazione dovrà avvenire entro 45 giorni dalla data di tale comunicazione. Trascorso infruttuosamente tale termine, il Fondo informerà l'impresa e i lavoratori interessati della volontà di escluderli.

14.3. L'impresa che intende essere riammessa nel Fondo dovrà effettuare una specifica istanza al Consiglio di Amministrazione, che valuterà i termini e le modalità dell'eventuale rientro.

TITOLO IV PRESTAZIONI

ART. 15
PRESTAZIONI RICONOSCIUTE DAL FONDO

15.1. Le prestazioni sanitarie e i contributi economici erogati dal Fondo hanno carattere integrativo del Servizio sanitario nazionale/ Servizi sanitari regionali e vengono riconosciuti agli iscritti sulla base di idonea documentazione per prestazioni mediche rilasciata da medici abilitati all'esercizio della professione o da strutture sanitarie autorizzate e operanti in qualsiasi parte del mondo.

Per precisazioni sulle prestazioni non rimborsabili vedasi l'art. 18 del presente Regolamento.

15.2. TICKET

Il Fondo rimborsa i ticket al 100%.

15.3. DIARIE PER RICOVERO NEL S.S.N

- Il Fondo riconosce la diaria di 50 euro per notte (con un massimo di 180 pernottamenti nel corso dell'anno solare).
- Il Fondo riconosce la diaria di 25 euro in caso di intervento chirurgico eseguito in day hospital /

day surgery.
- Per le terapie oncologiche è prevista la diaria di 25 euro sia nel caso vengano eseguite in day hospital che in regime ambulatoriale.

Le diarie sono alternative al rimborso di eventuali spese sostenute dall'associato.

15.4. ODONTOIATRIA

Il Fondo rimborsa per tutte le prestazioni odontoiatriche il 40% del costo sostenuto con il limite annuo di 300 euro.

In aggiunta a ciò, per le sole prestazioni di implantologia o protesi, tale massimale annuo viene elevato a 3.000 euro con una franchigia annua di 500 euro da applicare sull'importo rimborsato.
In ogni caso il massimale annuo rimborsabile non potrà essere superiore a 3.000 euro.

I massimali annui di rimborso, per l'iscrizione successiva al mese di Gennaio, si intendono rapportati alle quote mensili dei contributi dovuti e versati nell'anno di iscrizione.

L'elenco delle prestazioni odontoiatriche, con i relativi limiti ed obblighi, è riportato nel Nomenclatore Odontoiatrico.

15.5. PRESTAZIONI PRIVATE (NON ODONTOIATRICHE)

Il Fondo rimborsa, al massimo, la cifra indicata alla voce "tariffa" per le prestazioni elencate nel Tariffario, che forma parte integrante del presente Regolamento.

Le premesse specifiche per ogni branca nel tariffario riportano le eventuali limitazioni previste per le prestazioni elencate.

15.6. ASSISTENZA PER IL CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA

La prestazione erogata dal Fondo per il caso di non autosufficienza è la seguente:

- una rendita mensile posticipata temporanea del valore di 200 euro da erogarsi per i primi 24 mesi (ventiquattro) dalla data di riconoscimento della non autosufficienza.

- al termine di questo periodo o prima, qualora l'assistito cessi di essere iscritto al Fondo, un capitale liquidabile in unica soluzione.

Questo capitale corrisponde al valore attuale della rendita per la durata residua sino al 60° mese (sessantesimo) dalla data di riconoscimento della non autosufficienza (vedi tabella A esemplificativa del capitale liquidabile).
Per il tasso di attualizzazione verrà adottato il tasso di interesse legale.

Gli importi dovuti dal Fondo saranno liquidati sempreché l'assistito risulti in vita.

La prestazione per il caso di non autosufficienza viene erogata se l'assistito non è più in grado, in modo permanente, di compiere, anche parzialmente, 4 delle seguenti 6 azioni della vita quotidiana e per il cui svolgimento necessita di assistenza da parte di un'altra persona:
- Farsi il bagno o la doccia
- Vestirsi e svestirsi
- Igiene del corpo
- Mobilità
- Continenza
- Bere e mangiare

Il riconoscimento della perdita di autosufficienza avviene quando l'assistito raggiunge il punteggio di almeno 30 punti su un totale di 60 punti con i criteri indicati nella tabella B di seguito.

L'assistito per poter beneficiare di questa prestazione deve essere iscritto al Fondo da almeno 6 mesi. Qualora la perdita di autosufficienza sia conseguenza diretta di infortunio il Fondo riconoscerà la prestazione dalla data del superamento della carenza.

Il sussidio per la non autosufficienza è erogabile un'unica volta in tutto il rapporto associativo, anche se interrotto.

Tabella A: tabella esemplificativa del capitale liquidabile (il calcolo è fatto con il tasso legale in vigore all'1/1/2015 pari allo 0.5%)

Mesi di rendita pagati	Capitale residuo da liquidare
1	€ 11.654,00
2	€ 11.459,00
3	€ 11.263,00
4	€ 11.068,00
5	€ 10.873,00
6	€ 10.677,00
7	€ 10.482,00
8	€ 10.286,00
9	€ 10.090,00
10	€ 9.895,00
11	€ 9.699,00
12	€ 9.503,00
13	€ 9.307,00
14	€ 9.111,00
15	€ 8.914,00
16	€ 8.718,00
17	€ 8.522,00
18	€ 8.325,00
19	€ 8.129,00
20	€ 7.932,00
21	€ 7.735,00
22	€ 7.539,00
23	€ 7.342,00
24	€ 7.145,00

Tabella B: attribuzione del punteggio nella fase di accertamento della perdita di autosufficienza

	FARSI IL BAGNO	
1° grado	L'Associato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo	Punteggio 0
2° grado	L'Associato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno	Punteggio 5
3° grado	L'Associato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno	Punteggio 10
	VESTIRSI E SVESTIRSI	

1° grado	L'Associato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo	Punteggio 0
2° grado	L'Associato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo	Punteggio 5
3° grado	L'Associato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo	Punteggio 10
	IGIENE DEL CORPO	
1° grado	L'Associato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati da (1), (2) e (3): (1) andare al bagno; (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi; (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato al bagno	Punteggio 0
2° grado	L'Associato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	Punteggio 5
3° grado	L'Associato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	Punteggio 10
	MOBILITÀ	
1° grado	L'Associato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza da parte di terzi	Punteggio 0
2° grado	L'Associato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. E' però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto	Punteggio 5
3° grado	L'Associato necessità di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto per muoversi	Punteggio 10
	CONTINENZA	
1° grado	L'Associato è completamente continente	Punteggio 0
2° grado	L'Associato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno	Punteggio 5
3° grado	L'Associato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come il catetere o colostomia	Punteggio 10
	BERE E MANGIARE	
1° grado	L'Associato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti	Punteggio 0
2° grado	L'Associato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: - sminuzzare/ tagliare il cibo - sbucciare la frutta - aprire un contenitore/ una scatola - versare bevande nel bicchiere	Punteggio 5
3° grado	L'Associato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale	Punteggio 10

15.7. PRESTAZIONI PRIVATE PER GRAVI MALATTIE

Il Fondo rimborsa il 100% dei costi relativi alle spese di riabilitazione e di assistenza connessi esclusivamente all'insorgere delle seguenti gravi malattie/interventi chirurgici:
tumore, chirurgia dell'aorta, chirurgia delle valvole cardiache, chirurgia di by-pass aorto-coronarico, ictus, aneurisma, infarto, trapianto degli organi principali.

Le prestazioni ammesse a rimborso, usufruibili da parte dell'assistito entro e non oltre 24 mesi dalla data di accoglimento della richiesta, sono: assistenza infermieristica, assistenza socio-sanitaria, logopedia e fisiochinesiterapia.

Il diritto al rimborso matura solo successivamente alla verifica della sussistenza dei requisiti di cui ai precedenti paragrafi da parte del Fondo, secondo le modalità indicate all'Art. 17.2 lettera F.

Questa prestazione sarà erogata dal Fondo solo per il periodo 1/1/2015-31/12/2017.
I rimborsi sono ammissibili per un unico evento.

Il massimale previsto per questa prestazione è di euro 10.000.

15.8. PRESTAZIONI PRIVATE PER CAMPAGNE DI PREVENZIONE

Il Fondo può promuovere specifiche campagne di prevenzione, compatibilmente con le proprie disponibilità di bilancio, usufruibili dagli assistiti nei limiti di quanto indicato nel tariffario.

ART. 16
CARENZA

Tutte le prestazioni indicate come rimborsabili all'art.15 vengono riconosciute dal Fondo all'iscritto se effettuate a partire dal 1° mese successivo a quello dell'iscrizione a FASCHIM e in presenza di regolare versamento dei contributi.
La carenza non verrà applicata al neonato se risulterà iscritto al Fondo dal mese della sua nascita.

ART. 17
MODALITA' DI RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI-ANTICIPI

Le prestazioni possono essere usufruite:

a. ricorrendo a strutture convenzionate direttamente con il Fondo
oppure
b. presso strutture non convenzionate con il Fondo.

Nel caso di prestazione in convenzione diretta sub.a., l'associato non dovrà inviare alcuna documentazione al Fondo poichè il rimborso avverrà direttamente all'atto della esecuzione della prestazione con:
- il pagamento alla struttura convenzionata di quanto dovuto da parte del Fondo stesso
- il pagamento alla struttura convenzionata da parte dell'assistito dell'eventuale eccedenza a suo carico

Nel caso di prestazione usufruita non in convenzione diretta sub.b., l'assistito dovrà inviare al Fondo la richiesta di rimborso secondo quanto previsto nei successivi paragrafi.

17.1. L'iscritto può presentare domanda di rimborso delle spese sanitarie utilizzando la specifica funzione presente nel sito internet del Fondo nell'area riservata ai lavoratori oppure in alternativa utilizzare la modulistica per l'invio cartaceo.

Se l'iscritto opta per l'invio cartaceo deve utilizzare:
- il modulo R01 "domanda di rimborso per spese sanitarie" per le fatture non odontoiatriche
- il modulo R02 "domanda di rimborso per spese odontoiatriche" per le sole fatture di odontoiatria.

I moduli vanno compilati in ogni parte e vanno inserite data e firme.

L'iscritto con nucleo familiare che voglia inviare, in un'unica soluzione, richieste di rimborso per sé e per i propri familiari, deve compilare un modulo per ciascuna persona.

17.2. La fattura di spesa deve essere fiscalmente valida a termini di legge cioè indicare in modo leggibile il nome e cognome dell'assistito, la descrizione della prestazione, la data di emissione.
Tutta la documentazione sanitaria dovrà essere in italiano o in inglese; in caso di altra lingua dovrà essere corredata da traduzione in lingua italiana o inglese.

Tutta la documentazione inviata deve essere in fotocopia.

Il Fondo chiede l'invio (tramite il sito o via carta):

A **in relazione alle prestazioni di cui all'art.15.2 (ticket):**
le fatture dei ticket

B **in relazione alle prestazioni di cui all'art.15.3 (diarie per ricovero nel s.s.n.)**
- per il caso di ricovero: la lettera di dimissioni rilasciata dall'ospedale/ istituto di cura/ clinica dalla quale si evinca il motivo del ricovero eseguito qualora la degenza ospedaliera sia stata fino a un massimo di 10 pernottamenti; oltre i 10 pernottamenti occorre inviare la fotocopia della cartella clinica completa in tutte le sue parti;
- per il caso di intervento chirurgico eseguito in Day Hospital/Day Surgery: la lettera di dimissione dalla quale si evinca il tipo di intervento eseguito oppure la prescrizione del medico di base;
- per le terapie oncologiche: la lettera di dimissione se in day hospital, la certificazione della struttura sanitaria se in regime ambulatoriale da cui si evinca la terapia eseguita;

C **in relazione alle prestazioni di cui all'art.15.4 (prestazioni odontoiatriche)**
- l'apposito modulo D01 compilato dal medico odontoiatra;
- le fatture
- l'eventuale documentazione integrativa prevista dagli obblighi indicati nel Nomenclatore Odontoiatrico.

D **in relazione alle prestazioni di cui all'art.15.5 (prestazioni private non odontoiatriche)**
- le fatture
- per il caso di visite specialistiche nella stessa specializzazione, a partire dalla 4° e per ciascuna delle successive effettuate nello stesso anno solare: la prescrizione del medico di base con l'indicazione della patologia. La data della prescrizione deve essere antecedente la data della fattura. Da tale obbligo sono esclusi l'associata in stato di gravidanza (per la sola visita ginecologica) che deve inviare il certificato di gravidanza e l'associato/a con patologia oncologica (per la sola visita oncologica) che deve inviare un documento da cui si evinca la patologia oncologica.
- per il caso di ricovero e di intervento chirurgico in day hospital/day surgery: la cartella clinica rilasciata dall'ospedale/istituto di cura/clinica e da quest'ultimo debitamente timbrata, completa in ogni parte (anamnesi, diario clinico, referti ecc.).
- per il caso di intervento chirurgico ambulatoriale il diario clinico o cartella clinica o certificazione rilasciata dal medico su carta intestata con diagnosi medica attestante il motivo per cui è stato eseguito l'intervento.
- per il caso di 4ª e 5ª ecografia effettuate nell'anno (vedi premessa specifica nel tariffario), una certificazione di gravidanza effettuata dal medico di base o dal ginecologo.
- per tutori o corsetti (non in ricovero) è necessario inviare la prescrizione del medico curante con l'indicazione della patologia per cui si sono resi necessari.

- per le analisi di laboratorio indicate con * nel tariffario alla sezione 13 è necessario inviare una certificazione di gravidanza effettuata dal medico di base o dal ginecologo.
- per le prestazioni di fisiokinesiterapia: è necessario inviare la prescrizione del medico curante con l'indicazione della patologia per cui si sono rese necessarie; la prescrizione deve indicare anche il numero ed il nome delle prestazioni da eseguire.

  La prescrizione deve essere di data non anteriore a 1 anno rispetto alla data della fattura.

  Nel caso delle malattie indicate nella sezione 14 del tariffario è necessario inviare fin dalla prima richiesta di rimborso dell'anno, una dettagliata certificazione rilasciata dal medico curante che evidenzi almeno uno dei quadri sintomatologici/patologie indicati.

  Nel caso di infortunio, come indicato nella sezione 14 del tariffario, è necessario inviare alla prima richiesta di rimborso la certificazione del pronto soccorso.Gli infortuni considerati sono quelli verificatisi a partire dal 1/1/2016
- per le lenti correttive è necessario inviare la prescrizione del medico oculista di data non anteriore ad un anno rispetto all'acquisto delle lenti che attesti la modifica del visus.
  In caso di primo acquisto delle lenti non è necessaria l'indicazione della modifica del visus, ma in questo caso la prescrizione del medico oculista, che è comunque necessaria, deve indicare che precedentemente alla visita l'assistito non portava le lenti.
  In caso di assistiti fino a 18 anni di età è necessaria la prescrizione dell'oculista, ma non è necessario che ci sia una modifica del visus.
- per apparecchi acustici è necessario inviare la prescrizione del medico curante con l'indicazione della patologia per cui si sono rese necessarie.
- per il corso pre-parto è necessario inviare una certificazione di gravidanza effettuata dal medico di base o dal ginecologo.

E in relazione alle prestazioni di cui all'art. 15.6 (assistenza per il caso di non autosufficienza)

- l'apposito modulo di Richiesta di sussidio per la non autosufficienza

Il Fondo, qualora ravveda l'appropriatezza della richiesta, provvederà ad inviare, a proprie spese, un proprio medico fiduciario presso il domicilio dell'assistito per certificare lo stato di non autosufficienza.

F in relazione alle prestazioni di cui all'art. 15.7 (prestazioni private per gravi malattie)

l'apposito modulo GM01 di "Richiesta di attivazione delle prestazioni per gravi malattie" da inoltrare entro 6 mesi dalla data di dimissioni dall'ospedale presso il quale l'assistito è stato in cura per malattie/interventi previsti per questa prestazione o dalla diagnosi di tumore.

Il Fondo, verificata l'appropriatezza della richiesta, invierà, a proprie spese, un medico fiduciario presso il domicilio dell'assistito per certificare l'esigibilità della prestazione da parte dell'assistito.
A seguito di esplicita accettazione da parte del Fondo, l'assistito potrà usufruire delle prestazioni in due diverse modalità:

a. beneficiare della rete di strutture con le quali il Fondo ha sottoscritto un accordo per la gestione dell'erogazione delle prestazioni relative a questa garanzia

b. avvalersi di propri specialisti/professionisti: infermiere professionale, assistente socio-sanitario, fisioterapista e logopedista.

Il rimborso delle prestazioni, entro il massimale previsto, avverrà come segue:
- per il caso alla lettera a. sarà la struttura sanitaria ad occuparsi del rimborso del costo della prestazione

- per il caso alla lettera b. l'assistito dovrà presentare al Fondo:
  - lo specifico modulo ad hoc per questa prestazione RGM01 (che il Fondo invia all'associato) debitamente compilato
  - le fatture
  - la fotocopia dell'attestato di qualificazione all'esercizio dell'attività rilasciato dalla Regione per le prestazioni relative all'assistenza socio-sanitaria.
  - per le prestazioni di fisiochinesiterapia e logopedia, in merito alla validità del documento di spesa, vale quanto indicato nelle corrispondenti sezioni del Tariffario.

17.3. L'iscritto è tenuto a comunicare se le spese di cui richiede il rimborso sono dovute a eventi causati da responsabilità di un terzo o sono coperte - anche parzialmente - da un'assicurazione privata di rimborso delle spese mediche e resta responsabile nei confronti del Fondo per i casi che possono configurare un indebito arricchimento.

17.4. Tutta la documentazione in fotocopia inviata ed eventuali originali inviati per errore non verranno restituiti dal Fondo, ad esclusione delle Rx odontoiatriche.

17.5. Qualora l'iscritto debba sottoporsi ad un intervento chirurgico (presso una struttura sanitaria non convenzionata direttamente), la cui tariffa del Tariffario sia pari o superiore a 5.000 euro ed il preventivo di spesa sia pari o superiore a 5.000 euro, può richiedere a FASCHIM un anticipo delle spese preventivate dall'istituto di cura.
Il preventivo di spesa dovrà recare la data prevista per il ricovero relativo all'intervento chirurgico di cui l'iscritto ha chiesto l'anticipo di spesa.
È necessario inviare, esclusivamente in forma cartacea e via posta, l'apposito modulo I07, la diagnosi medica e il preventivo di spesa rilasciato dall'istituto di cura. FASCHIM provvederà ad anticipare all'iscritto il 50% della tariffa indicata nel Tariffario. Il saldo verrà erogato dopo che l'iscritto avrà inviato cartella clinica e fattura/e in fotocopia ed esclusivamente via posta a FASCHIM.
Qualora l'iscritto decidesse di non sottoporsi all'intervento chirurgico, per il quale ha già ottenuto l'anticipo spese da FASCHIM, è tenuto a restituire la somma ricevuta entro 15 giorni dalla data fissata per l'intervento.

17.6. È facoltà di FASCHIM e dei suoi incaricati di richiedere all'iscritto ogni altra documentazione anche medica eventualmente ritenuta necessaria, come pure di procedere a visite di controllo, anche in corso di ricovero; inoltre il Fondo si riserva la facoltà di richiedere, per eventuali controlli, l'originale della documentazione. Tale richiesta potrà avvenire anche prima della liquidazione e comunque non oltre 12 mesi dalla data di liquidazione. La mancata presentazione dell'originale comporterà l'obbligo della restituzione della somma liquidata e in sua mancanza si applicherà la norma di cui all'art. 8 dello Statuto del Fondo.

17.7. Se le prestazioni sono state fatturate all'iscritto in una valuta diversa dall'Euro, il rimborso verrà effettuato al cambio della Borsa di Milano del giorno in cui le spese sono state fatturate.

17.8. Il Fondo effettuerà i rimborsi a mezzo bonifico bancario sulle coordinate dell'iscritto principale.

ART. 18

PRESTAZIONI NON RIMBORSABILI - DECADENZA DAL DIRITTO AL RIMBORSO

18.1. Fermi restando i limiti indicati negli articoli precedenti, non rientra comunque nelle prestazioni riconosciute dal Fondo e non da, pertanto, diritto all'assistenza quanto indicato di seguito.

A **In relazione alle prestazioni di cui all'art.15.2 (ticket)**, il Fondo non rimborsa i ticket per rilascio cartella clinica, spese di digitalizzazione, rinnovo patente, vaccini, medicinali, imposte a qualsiasi titolo (es. iva, marca da bollo..).

B **In relazione alle prestazioni di cui all'art.15.3 (diarie per ricovero nel S.S.N.)**, il Fondo non prevede la diaria per i ricoveri di psicologia, odontoiatria e Day Hospital senza intervento chirurgico (tranne le terapie oncologiche)

C **In relazione alle prestazioni di cui all'art.15.4 (odontoiatria)**, il Fondo non ammette al rimborso la prestazione di "ortodonzia" e i cod. 2635 e 2648 di "gnatologia" ad assistiti dopo il compimento del 26° anno di età, salvo per i figli totalmente inabili.

D **In relazione alle prestazioni di cui all'art.15.5 (prestazioni private non odontoiatriche)**, il Fondo non rimborsa:
- la medicina alternativa e l'omeopatia;
- la medicina generica ossia le prestazioni eseguite da un medico chirurgo senza specializzazione;
- la medicina del lavoro, la medicina legale e la medicina dello sport;
- le cure e gli interventi di carattere estetico, salvo se ricostruttivi e certificati da una struttura sanitaria pubblica;
- gli infortuni avvenuti in concomitanza con la partecipazione dell'iscritto a competizioni sportive non di carattere amatoriale;
- le visite e le terapie psicologiche, le terapie psichiatriche;
- i trattamenti finalizzati al benessere psico-fisico;
- in materia di allergologia, le terapie, i medicinali, i vaccini e i relativi esami;
- il check-up;
- i ricoveri in Day Hospital senza intervento chirurgico (tranne quelli per terapie oncologiche);
- la dialisi, anche se effettuata in regime di ricovero;
- le terapie e gli interventi attinenti le patologie relative a infertilità e sterilità;
- le iniezioni sclerosanti;
- i farmaci, salvo quelli somministrati nell'ambito di ricoveri e quelli chemioterapici;
- le visite per le certificazioni mediche a pagamento;
- i casi di chirurgia refrattiva eseguiti con qualsiasi metodica, tecnica, apparecchiatura;
- montature occhiali;
- le donazioni o oblazioni;
- l'Iva (imposta sul valore aggiunto) presente nelle fatture;
- le spese sostenute per il rilascio della cartella clinica;
- la marca da bollo presente nelle fatture;
- i diritti amministrativi.

18.2. L'iscritto perde il diritto al rimborso se trascorrono più di 3 mesi tra la data della fattura/ricevuta e la data di invio al Fondo (fanno fede il timbro postale o la data di invio tramite la procedura informatica di cui all'art.17.1).
La richiesta di rimborso per la diaria deve essere trasmessa entro 3 mesi dalla data di dimissioni, pena la decadenza dal rimborso.

ART. 19

RICHIESTA DI REVISIONE DELLA PRATICA DI RIMBORSO E COLLEGIO ARBITRALE

L'iscritto può chiedere la revisione della pratica di rimborso inviando l'apposito modulo, debita-

mente compilato, entro 60 giorni dalla data della lettera di liquidazione.
È facoltà dell'iscritto promuovere il ricorso al Collegio arbitrale entro i 30 giorni successivi alla decisione del Fondo. Si rimanda all'art. 9 dello Statuto per le modalità di costituzione del Collegio arbitrale.

ART. 20
CALL CENTER E SITO INTERNET

Il Fondo mette a disposizione di lavoratori e imprese, sia iscritti che non iscritti, i seguenti servizi:
- Call Center - Numero Verde 800 199 958 dalle 8 alle 18 dei giorni feriali;
- sito internet **www.faschim.it**

TUTTO QUANTO NON CONTEMPLATO
DAL PRESENTE REGOLAMENTO E DAL TARIFFARIO
NON È RIMBORSABILE