

Modifiche al Regolamento Quiescenti

Prestazione	2021	Dal 1° gennaio 2022
Spese per rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente), nonché spese per assistenza medica, infermieristica e assistenziale sostenute durante il periodo di ricovero medico per ragioni essenzialmente assistenziali e di mantenimento (lungodegenza) e non per cura di malattia in fase acuta.	Non riconosciute	E' fissato un limite massimo di degenza di 40 giorni all'anno per assistito. Detti ricoveri sono riconosciuti a condizione che vengano effettuati presso ospedali, cliniche, reparti specialistici di case di cura e di RSA, hospice, ospedali di comunità.
Farmaci che possiedono il requisito dell'innovatività terapeutica	Introdotti in via sperimentale	Introdotti in via definitiva
Medicinali chemioterapici, farmaci antiretrovirali, nonché medicinali reperibili solo all'estero.	Inclusi al punto 5 del regolamento	Riconosciuti a fronte di prescrizione da parte di enti ospedalieri con indicazione della durata della terapia. Sono accolte le prescrizioni del medico di base purché sia allegata copia originaria della prescrizione dell'Ente ospedaliero. La richiesta di rimborso, che sarà riconosciuto a seguito della valutazione del Consulente sanitario del "Fondo Sanitario" circa il rispetto dei requisiti sopra indicati, dovrà essere corredata da fattura e dalla prescrizione di cui sopra e sarà riconosciuta entro un massimale annuo di 600 euro.
Prestazioni Ospedaliere - Massimali	150.000 per evento	200.000 per evento
Prestazioni Ospedaliere per Grandi Interventi Chirurgici	300.000 per evento	400.000 per evento
Alta diagnostica in convenzione (forma diretta)	Franchigia 30%	Franchigia 10% con minimo Euro 15 sino al 2023, Euro 10 dal 2024
Prestazioni specialistiche in convenzione (forma diretta)	Franchigia 30%	Franchigia 10% con minimo Euro 15 sino al 2023, Euro 10 dal 2024
Trattamenti fisioterapici e rieducativi (solo su prescrizione)	Massimale Euro 800 Raddoppiato nel caso di Grandi Eventi Patologici	Massimale Euro 1.000 Raddoppiato nel caso di Grandi Eventi Patologici
Mezzi correttivi oculistici	massimale annuo di € 250, a	invariato sino al 31 dicembre

	<p>fronte di prescrizione medica effettuata nel corso del quinquennio precedente e con una quota pari al 30% a carico dell'iscritto; Detto massimale sale a € 350 per i nuclei composti da almeno cinque componenti alla data del 1° gennaio dell'anno della spesa</p>	<p>2023. Dal 1° gennaio 2024, massimale annuo di € 400, a fronte di prescrizione medica effettuata nel corso del quinquennio precedente e con una quota pari al 30% a carico dell'iscritto; Detto massimale sale a € 550 per i nuclei composti da almeno cinque componenti alla data del 1° gennaio dell'anno della spesa</p>
Cure Dentarie	<p>Massimale Euro 600 Franchigia 30%</p>	<p>Fino al 31 dicembre 2023 Massimale € 700 Franchigia 25% se in convenzione; Franchigia 30% se a rimborso. <i>A fronte di una spesa di importo pari o superiore ad € 3.000 suddivisa in un massimo di 4 fatture riferite ad un piano di cure dentarie relative ad un unico iscritto/beneficiario, viene riconosciuta la facoltà di fruire, una tantum per l'intero periodo di iscrizione al Fondo Sanitario, oltre che del plafond relativo all'anno della prima fattura di acconto anche di quello relativo al biennio successivo, con un massimo di € 2.100 complessivi. Il rimborso della spesa avverrà a fronte della presentazione della fattura di saldo, corredata dalle eventuali fatture di acconto, a condizione che tra la prima di fattura di acconto e quella di saldo non intercorrano più di 12 mesi.</i> Dal 1° gennaio 2024: massimale annuo di € 750, con una quota pari al 30% a carico dell'iscritto, ridotta al 25% qualora le prestazioni vengano erogate da medici/strutture totalmente convenzionati; <i>a fronte di una spesa di importo pari o superiore ad € 3.300 suddivisa in un massimo di 4 fatture riferite ad un piano di cure dentarie relative ad un unico iscritto/beneficiario, viene riconosciuta la facoltà di fruire, una tantum per l'intero periodo di iscrizione al Fondo Sanitario, oltre che del plafond relativo all'anno della prima fattura di</i></p>

		<i>acconto anche di quello relativo al biennio successivo, con un massimo di € 2.250 complessivi. Il rimborso della spesa avverrà a fronte della presentazione della fattura di saldo, corredata dalle eventuali fatture di acconto, a condizione che tra la prima fattura di acconto e quella di saldo non intercorrano più di 12 mesi</i>
Interventi psicoterapeutici o psicoanalitici	Massimale Euro 1.500	Massimale Euro 1.800
Quota differita (sulle prestazioni a rimborso e miste.	30% della quota a carico del Fondo.	Abolita