



GUIDA 2026

ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

Per i dipendenti di aziende con sede operativa nella provincia di Bolzano.



Questo manuale costituisce una guida alle prestazioni sanitarie per i dipendenti di aziende con sede operativa nella Provincia di Bolzano e si compone di due parti:

- Guida 2026 alle prestazioni sanitarie gestite da Fondo Est in forma diretta, pag. 4;
- Piano Sanitario 2026 per la Provincia dell'Alto Adige per le prestazioni erogate da EMVA, pag. 64.

Dal **1° gennaio 2026** è attiva una nuova partnership tra **Fondo Est ed EMVA**, l'associazione di mutua previdenza che da oltre 45 anni supporta i lavoratori in Alto Adige. Questo accordo nasce con l'obiettivo di consolidare e sviluppare il percorso intrapreso per offrire un servizio sempre più rispondente alle specifiche esigenze dei **dipendenti delle aziende con sede nella Provincia Autonoma di Bolzano**.

Tutte le altre prestazioni, fornite direttamente da Fondo Est ed escluse dalle convenzioni assicurative, restano di competenza esclusiva del Fondo.

Gli iscritti interessati dal nuovo accordo sono i dipendenti dei seguenti settori (CCNL):

- Terziario, distribuzione e servizi;
- Imprese di Viaggi e Turismo;
- Aziende Ortofrutticole ed Agrumarie;
- Lavoratori dello Sport;
- Autoscuole;
- Attività Funebre;
- Settore Assistenziale socio-sanitario.

I dipendenti degli altri settori continueranno a fare riferimento, per le prestazioni intermedie, al gestore UniSalute per Fondo Est.

Per risposte sempre rapide ed efficaci, verifichi se la prestazione di tuo interesse è tra quelle erogate da Fondo Est o da EMVA, e contatti in modo diretto l'uno o l'altro con la modalità che preferisce:

Per maggiori informazioni sulle prestazioni erogate direttamente da **Fondo Est** contatti il Customer Service al numero **06 51 03 11** dal lunedì al venerdì oppure invii una e-mail all'indirizzo **info@fondoest.it**

Per maggiori informazioni sulle prestazioni EMVA è possibile consultare il sito **www.emva.it/fondoest** e contattare dall'Italia il numero **0471 059 056** oppure dall'estero il numero **0039 0471 059 056** dal lunedì al venerdì. Il servizio telefonico è attivo dal lunedì al giovedì dalle ore 8:00 alle ore 16:00 e il venerdì dalle ore 08:00 alle ore 12:30. In alternativa è possibile scrivere a **fondoest@emva.it**

PRESTAZIONI EROGATE DA FONDO EST



VISITE SPECIALISTICHE



DIAGNOSTICA



ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PRONTO SOCCORSO



CHEMIOTERAPIA RADIOTERAPIA DIALISI



AGOPUNTURA



PRESIDI E AUSILI MEDICO ORTOPEDICI



PACCHETTO MATERNITÀ



LENTI E OCCHIALI



FISIOTERAPIA



PACCHETTI RIABILITAZIONE E CONTROLLO



INVALIDITÀ PERMANENTE

PRESTAZIONI EROGATE DA EMVA



INTERVENTI CHIRURGICI



RICOVERO MEDICO PER GRAVE EVENTO MORBOSO



PACCHETTI PREVENZIONE



ODONTOIATRIA ORTODONZIA ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

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

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



GUIDA 2026

ALLE PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE
DA FONDO EST



PRESTAZIONI GESTITE DAL FONDO EST 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;
- Imprese di Viaggi e Turismo;
- Aziende Ortofrutticole ed Agrumarie;
- Lavoratori dello Sport;
- Autoscuole;
- Attività Funebre;
- Settore Assistenziale socio-sanitario.

Per informazioni sulle prestazioni sanitarie e sulle richieste di rimborso è possibile collegarsi al sito www.fondoest.it

In alternativa è possibile contattare il **06 51 03 11** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.30 oppure puoi inviare una e-mail all'indirizzo info@fondoest.it.

Per reclami scrivere a info@fondoest.it.

Per le prestazioni antecedenti al 1° gennaio 2026 si rimanda al Piano Sanitario Prestazioni Sanitarie Familiari 2025.

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

8 PACCHETTO MATERNITÀ

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

12 VISITE SPECIALISTICHE

- 14 Come chiedere le prestazioni
- 14 Prestazioni fruitive presso le strutture convenzionate SiSalute per Fondo Est

16 DIAGNOSTICA

- 18 Come chiedere le prestazioni
- 18 Prestazioni fruitive presso le strutture convenzionate SiSalute per Fondo Est
- 19 Le prestazioni comprese nell'area "Diagnostica"

24 TICKET SANITARI PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

- 25 Come chiedere le prestazioni

28 CHEMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA E DIALISI

- 29 Documentazione richiesta ai fini del rimborso

30 LENTI E OCCHIALI

- 31 Cosa si intende per massimale per fattura?
- 31 Superamento del limite dei 36 mesi
- 32 Alcuni esempi
- 33 Documentazione richiesta ai fini del rimborso

34 FISIOTERAPIA

- 35 Fisioterapia da infortunio o patologie particolari
- 36 Esempi di rimborso
- 38 Documentazione richiesta ai fini del rimborso

42 PACCHETTI DI RIABILITAZIONE E CONTROLLO

- 43 Pacchetto 1: Riabilitazione Patologie Osteoarticolari
- 45 Pacchetto 2: Riabilitazione Post Partum
- 47 Pacchetto 3: Post Menopausa

50 AGOPUNTURA

- 51 Documentazione richiesta ai fini del rimborso

52 PRESIDI E AUSILI MEDICI ORTOPEDICI

- 54 Documentazione richiesta ai fini del rimborso

56 INVALIDITÀ

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

62 ESCLUSIONI DEL PIANO SANITARIO



PACCHETTO MATERNITÀ



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



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

SONO COMPRESI NELLA GARANZIA:

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

VISITE DI CONTROLLO

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

ECOGRAFIE

È previsto il rimborso di tutte le ecografie ostetriche.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

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

ANALISI CLINICO CHIMICHE E INDAGINI GENETICHE

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



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

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



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

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 i rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it.

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



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

VISITE SPECIALISTICHE



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

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



Il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari ammessi a rimborso.



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

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

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



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

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

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

COME CHIEDERE LE PRESTAZIONI

Richiesta di rimborso Ticket SSN.

L'Iscritto dovrà trasmettere al Fondo:

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

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

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

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

L'Iscritto dovrà:

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

oppure

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

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



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



Si ricorda che la visita odontoiatrica con ablazione del tartaro è erogabile nell'ambito della prevenzione odontoiatrica prevista nel piano sanitario di Fondo Est gestito da EMVA.

Per informazioni è possibile contattare il numero EMVA **0471 059 056** o consultare il sito www.emva.it/fondoest



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

DIAGNOSTICA



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

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



Il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari ammessi a rimborso.



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

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

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



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

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

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

COME CHIEDERE LE PRESTAZIONI

Richiesta di rimborso Ticket SSN.

L'iscritto dovrà trasmettere al Fondo:

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

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

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

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

L'iscritto dovrà:

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

oppure

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

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

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

LE PRESTAZIONI COMPRESSE NELL'AREA DIAGNOSTICA SONO:

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

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

Radiologia convenzionale (con contrasto)

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

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

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

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

Ecocolordopplergrafia

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

Tomografia computerizzata (TC)

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

Risonanza magnetica (RM)

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

PET

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

Scintigrafia

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

Diagnostica strumentale


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

Biopsie

- Tutte.

Endoscopie diagnostiche ed operative

- Cistoscopia;

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



Nel caso in cui le prestazioni di endoscopia diagnostica si trasformassero in corso di esame in endoscopie operative, il Fondo garantirà la copertura sia dell'endoscopia diagnostica che dell'atto operatorio.

Rientrano in copertura anche le biopsie direttamente correlate all'esecuzione delle endoscopie previste dal piano.



Varie

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

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



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

TICKET SANITARI PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO



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

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

Esempi di prestazioni che rientrano in copertura:

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

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



**Il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari ammessi a rimborso.
Il massimale annuo assicurato per il complesso
delle prestazioni è di € 500,00.**



COME CHIEDERE LE PRESTAZIONI


Richiesta di rimborso Ticket SSN

L'Iscritto dovrà trasmettere al Fondo:

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

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

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



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



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

CHEMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA E DIALISI



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

- Chemioterapia;
- Radioterapia;
- Dialisi.

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

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

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

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

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



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

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

LENTI E OCCHIALI



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

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



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



COSA SI INTENDE PER MASSIMALE PER FATTURA?

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

SUPERAMENTO DEL LIMITE DEI 36 MESI

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



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

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

ALCUNI ESEMPI

Esempio 1

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

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

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

Esempio 2

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

Esempio 3

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

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

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

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

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

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

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

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

FISIOTERAPIA



FISIOTERAPIA DA INFORTUNIO O PATOLOGIE PARTICOLARI

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

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

Non rientrano in garanzia:

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

delle prestazioni riabilitative effettuate da chiropratici, in quanto tale figura professionale non è riconosciuta nell'ordinamento giuridico italiano. Inoltre non sono ammesse a rimborso le prestazioni effettuate da chinesiologi, osteopati e posturologi. Non è ammesso a rimborso il noleggio o l'acquisto di apparecchi elettromedicali anche se relativi a prestazioni fisioterapiche previste dal Piano.



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



ESEMPI DI RIMBORSO:

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

Come si rimborsa?

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

Importo rimborsato: € 11,00

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

Come si rimborsa?

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

Importo rimborsato: € 110,00

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

Importo rimborsato: € 230,00

Totale rimborsato: € 340,00

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

PRESTAZIONI DI ELETTROTHERAPIA	COSTO PER SEDUTA
Elettroterapia/Elettrostimolazioni	€ 10,00

Ionoforesi	€ 10,00
Terapia antalgica transcutanea	€ 8,00

PRESTAZIONI DI IDROTHERAPIA	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 VERTEBROTHERAPIA MANU MEDICA	COSTO PER SEDUTA
– effettuata da medico chirurgo	COSTO PER SEDUTA
Manipolazioni vertebrali	€ 21,00

VARIE

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

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

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

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


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

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

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

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

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



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



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

PACCHETTI DI RIABILITAZIONE E CONTROLLO



Fondo Est mette a disposizione dei propri iscritti tre pacchetti di prestazioni finalizzate alla riabilitazione e al controllo per alcune patologie e stati fisiologici.

I pacchetti non sono cumulabili. Per ogni anno civile l'iscritto ha la possibilità di attivare uno solo dei tre pacchetti e può effettuare esclusivamente, e nei limiti indicati dal presente piano, le prestazioni previste per il pacchetto prescelto.



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



PACCHETTO 1: RIABILITAZIONE PATOLOGIE OSTEOARTICOLARI

Il pacchetto è attivabile esclusivamente per le seguenti patologie:

- sindrome del tunnel carpale;
- sindrome del canale di Guyon (ultimo tratto del nervo ulnare);
- sindrome del tunnel tarsale;
- dito a scatto;
- tendinite del flessore della mano;
- tendinite dell'estensore della mano;
- 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 avvallesse del SSN (Servizio Sanitario Nazionale), il Fondo rimborsa integralmente i ticket.

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

Non rientrano in garanzia:

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

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

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

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

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

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.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 avvallesse del SSN (Servizio Sanitario Nazionale), il Fondo rimborsa integralmente i ticket.

Non rientrano in garanzia:

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

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

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

1. Copia della certificazione, rilasciata da medico o da struttura sanitaria, indicante l'espletamento del termine di gravidanza.
3. 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, terapeuta occupazionale, terapeuta della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti – D.M. 27 luglio 2000 – GU n. 190 del 16/08/2000). Si ricorda che, per effetto di quanto previsto dall'art. 1 del Decreto 17/05/2002 emanato a firma congiunta dai Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, le prestazioni di riabilitazione svolte dai fisioterapisti usufruiscono del regime di esenzione IVA di cui all'art. 10 n. 18 del D.P.R. 26/10/1972 n. 633. Pertanto il Fondo, a fronte di prestazioni riabilitative effettuate da medico o personale sanitario riconosciuto dalla legislazione vigente, non provvederà al rimborso dell'IVA eventualmente applicata in fattura.

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

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

PACCHETTO 3: POST MENOPAUSA

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

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

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

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

Non rientrano in garanzia:


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

professionale non è riconosciuta nell'ordinamento giuridico italiano.

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

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

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



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

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

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



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

AGOPUNTURA MANU MEDICA



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



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



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

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

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

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

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



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

PRESIDI E AUSILI MEDICI ORTOPEDICI



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



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



Ortesi per piede

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

Calzature ortopediche su misura*

Presidi elastocompressivi antitrombo e per linfedema per arto superiore

Apparecchi ortopedici per arto inferiore

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

Apparecchi ortopedici per arto superiore

Dispositivi per prevenire e correggere le deformità dell'arto superiore

Ortesi spinali

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

Ausili per rieducazione di movimento, forza, equilibrio

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

Carrozze

Accessori per carrozzine

Ausili per il sollevamento

Sollevatori mobili, sollevatori a soffitto

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



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



Documentazione richiesta ai fini del rimborso:

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

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

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



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



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

INVALIDITÀ



PRESTAZIONI A SOSTEGNO DI SOGGETTI CHE VERSANO IN CONDIZIONI DI INVALIDITÀ

DESTINATARI DELLE PRESTAZIONI

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

REQUISITI DEI DESTINATARI

I destinatari delle prestazioni sono coloro che hanno:

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

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

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

PRESTAZIONI EFFETTUATE PRIMA DELLA DATA DI CERTIFICAZIONE DELL'INVALIDITÀ

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

OGGETTO DELLA GARANZIA

A fronte della sussistenza dei presupposti soggettivi di cui ai punti nn. 1 e 2, il Fondo mette a disposizione degli iscritti, 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 della 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

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

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

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

Documento di spesa*

attività quotidiane (badanti, colf).

Trasporto sanitario

Documento di spesa

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

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

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

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

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

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



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



ESCLUSIONI DEL PIANO SANITARIO



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

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

Professione intramuraria

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



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





GUIDA 2026

ALLE PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE
ATTRAVERSO EMVA

Per i dipendenti di aziende con sede operativa nella provincia di Bolzano.



GUIDA AL PIANO SANITARIO 2026 PER I DIPENDENTI DEI SEGUENTI SETTORI CHE PRESTANO LAVORO PRESSO AZIENDE CON SEDE OPERATIVA NELLA PROVINCIA DI BOLZANO:

Gli iscritti interessati dal nuovo accordo sono i dipendenti dei seguenti settori (CCNL):

- Terziario, distribuzione e servizi;
- Imprese di Viaggi e Turismo;
- Aziende Ortofrutticole ed Agrumarie;
- Lavoratori dello sport;
- Autoscuole;
- Attività Funebre;
- Settore Assistenziale socio-sanitario.

Per le prestazioni di odontoiatria, area ricovero e prevenzione. Per tutte le altre prestazioni vige il Piano Sanitario ad erogazione Fondo Est.

I dipendenti degli altri settori continueranno a fare riferimento, per le prestazioni intermedie, al gestore UniSalute per Fondo Est.

Per le prestazioni antecedenti al 1° gennaio 2026 si rimanda alla relativa Guida alle Prestazioni Sanitarie Erogate da Mutual Help.

Le prestazioni del Piano sono garantite da:



70 PRESENTAZIONE

70 Servizi on line su www.fondoest.it e www.EMVA.it/fondoest

71 INTRODUZIONE

72 COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

- 72 Per prima cosa consultare www.fondoest.it o www.EMVA.it/fondoest
- 72 Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale
- 73 Prestazioni in strutture private e libera professione

75 LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

- 76 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico o grave evento morboso. Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia
- 77 Il limite di spesa annuo dell'area Ricovero
- 77 Ricovero in Istituto di cura per intervento chirurgico
- 79 Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico
- 79 Trapianti
- 79 Modalità d'accesso alle prestazioni
- 79 Neonati
- 80 Indennità sostitutiva per intervento chirurgico
- 80 Elenco interventi chirurgici
- 84 Ricovero medico in istituto di cura per grave evento morboso
- 86 Le prestazioni
- 88 Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia ricoveri medici resi necessari dalle patologie elencate in garanzia
- 90 Accertamenti Diagnostici Odontoiatrici
- 92 Prestazioni di Ortodonzia
- 94 Prestazioni di implantologia
- 98 Avulsione (Estrazione denti)
- 100 Prestazioni odontoiatriche particolari (prevenzione)
- 104 Prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione)
- 106 Servizi di consulenza

105 CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

107 ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

- 107 Validità territoriale
- 107 Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)



2 | PRESENTAZIONE

Con la Guida al “Piano Sanitario per la Provincia dell’Alto Adige” intendiamo offrirLe un utile supporto per la comprensione e l’utilizzo del Piano. Il nostro obiettivo è di fornirLe un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della Sua collaborazione.

All’interno della guida troverà quindi l’indicazione delle modalità da seguire qualora debba utilizzare il Piano. La preghiamo di attenersi scrupolosamente a queste modalità, così da poterLa assistere con la sollecitudine che ci è propria.

2.1 | Servizi on line su www.fondoest.it e www.emva.it/fondoest

EMVA propone per i propri iscritti un’area riservata ricca di comodi servizi per velocizzare e semplificare al massimo tutte le operazioni connesse alle prestazioni sanitarie e alle richieste di rimborso. Collegandosi al portale www.fondoest.it oppure al sito www.emva.it/fondoest e accedendo all’Area Riservata tramite username e password è possibile:

Richiesta di rimborso

- monitorare lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso inviate;
- stampare in qualsiasi momento il riepilogo delle prestazioni rimborsate.

Direttamente sul sito www.emva.it/fondoest, senza dover accedere alle proprie pagine personali, è possibile consultare le prestazioni del proprio piano sanitario.

Per accedere ai servizi è necessario registrarsi al portale EMVA.

Come è possibile accedere all’area riservata sul sito di EMVA?

Gli iscritti riceveranno automaticamente un link con validità di 30 giorni per registrarsi nell’area riservata; scaduto il periodo indicato gli iscritti potranno richiedere l’accesso tramite email all’indirizzo fondoest@emva.it

Qualora gli iscritti non ricevessero alcun invito o si trattasse di una prima registrazione, sarà possibile rivolgersi direttamente via email all’indirizzo fondoest@emva.it, indicando nell’oggetto Nuovo accesso al portale e nel testo i propri dati anagrafici, i contatti telefono ed email, data e luogo di nascita e l’indirizzo di residenza.

Una volta verificati i dati, gli iscritti riceveranno via email l’invito di accesso al portale.

3 | INTRODUZIONE

Scopo di questa guida è quello di illustrare nel dettaglio le prestazioni che fornisce il Piano Sanitario per la Provincia dell’Alto Adige, in modo da consentire a tutti di utilizzare al meglio le opportunità in esso contenute.

4. | COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

4.1 | Per prima cosa consultare www.fondoest.it o www.emva.it/fondoest

Quando uno degli Iscritti ha bisogno di cure mediche occorre che consulti esclusivamente il sito internet www.fondoest.it per tutte le prestazioni diverse dalle aree Ricovero, dall'Odontoiatria e dalla Prevenzione, mentre per tutte le prestazioni delle aree Ricovero, Odontoiatria e Prevenzione è possibile consultare sia il sito www.fondoest.it che il sito www.emva.it/fondoest oppure contattare dall'Italia il **numero 0471 059 056** e dall'estero il **numero 0039 0471 059 056**; il servizio telefonico è attivo dal lunedì al giovedì dalle ore 8:00 alle ore 16:00 e venerdì dalle ore 08.00 alle ore 12.30.

Per accedere ai servizi è necessario registrarsi al portale EMVA.

In alternativa è possibile scrivere a fondoest@emva.it

Le prestazioni previste dal Piano Sanitario, che verranno successivamente illustrate in modo dettagliato, prevedono differenti modalità di utilizzo qui di seguito riportate.

4.2 | Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso in cui l'Iscritto decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., il Piano Sanitario predispone il recupero delle spese che dovessero essere comunque effettuate all'interno delle strutture pubbliche: qualora l'Iscritto sostenga delle spese per ticket sanitari, il Piano Sanitario rimborsa, nei limiti di quanto indicato dalle singole garanzie, quanto anticipato dall'Iscritto.

Per prenotare in una struttura pubblica (SSN) non è necessario che contatti la Centrale Operativa, basta mettersi in contatto con il CUP e prenotare.



Per ottenere il rimborso delle spese, l'iscritto deve collegarsi all'Area Riservata tramite il sito www.emva.it/fondoest e inviare una richiesta di rimborso in forma indiretta. Sarà necessario allegare tutta la documentazione necessaria (copia delle fatture e/o ricevute fiscali).

Le richieste di rimborso devono essere inviate nelle seguenti modalità:

- fino al 02/03/2026, tramite email all'indirizzo fondoest@emva.it.
- dal 16/03/2026, esclusivamente tramite il portale raggiungibile dal sito www.emva.it/fondoest

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

In caso di ricovero per intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici al punto 5.1.7) e in caso di ricovero per grave evento morboso (vedi elenco gravi eventi morbosi punto 5.1.B) l'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto alla corresponsione di un'indennità sostitutiva giornaliera, le cui modalità descriveremo più avanti.

4.3 | Prestazioni in strutture private e in libera professione

Per garantire all'Iscritto la più ampia facoltà possibile di determinare il proprio iter di cura, il Piano Sanitario prevede strutture sanitarie private e in libera professione.

Il rimborso potrebbe non essere integrale, ma con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni.

All'atto delle dimissioni l'Iscritto dovrà saldare le fatture e le note spese.

Per ottenerne il rimborso, l'Iscritto deve inviare dalla propria area riservata una richiesta di rimborso in forma indiretta entro un anno dalla data del documento allegando:

- copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero per intervento chirurgico o grave evento morboso;
- prescrizione in copia contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico di base o dallo specialista in caso di prestazioni extra ricovero;
- documentazione di spesa (distinte e ricevute) in copia, in cui risulti la quietanza.

Le richieste di rimborso devono essere inviate nelle seguenti modalità:

- fino al 02/03/2026, tramite email all'indirizzo fondoest@emva.it.
- dal 16/03/2026, esclusivamente tramite il portale raggiungibile dal sito www.emva.it/fondoest

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, EMVA avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.



ATTENZIONE

EMVA potrà richiedere che l'iscritto sia sottoposto a specifici controlli medici e, comunque, sarà tenuto a fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

EMVA provvederà a rimborsare l'iscritto direttamente sul suo conto corrente, tenendo conto delle limitazioni (cioè parti della spesa a suo carico) che il Piano prevede.



COME VISUALIZZARE LO STATO DEI PROPRI RIMBORSI

Il modo più veloce per verificare lo stato dei propri rimborsi è tramite l'area riservata nel sito www.emva.it/fondoest (portal.emva.it) accessibile tramite username e password. L'iscritto potrà verificare lo stato di lavorazione delle sue pratiche.

5. | LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano Sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuti dopo la data di effetto del Piano stesso per le seguenti prestazioni:

- Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico o per grave evento morboso, intendendo per tali quelli elencati ai punti 5.1.7 e 5.1.B;
- Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia;
- Accertamenti diagnostici odontoiatrici;
- Prestazioni di ortodonzia;
- Prestazioni di implantologia;
- Avulsione (estrazione denti);
- Prestazioni odontoiatriche particolari (prevenzione);
- Prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione);
- Servizi di consulenza.

RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO O GRAVE EVENTO MORBOSO. OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI MALATTIA



Il limite di spesa annuo dell'area Ricovero

Il Piano Sanitario prevede un limite di spesa annuo che ammonta a € 90.000,00 per anno associativo e per Iscritto. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta, non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni.

Sono comprese nel massimale anche le prestazioni previste nella garanzia "Ricovero medico in istituto di cura per grave evento morboso", "Ospedalizzazione Domiciliare per Ricoveri Chirurgici come da elenco Interventi Chirurgici" e "Servizi di Assistenza Globale Integrata Organizzazione di Servizi, Noleggio Ausili Medico-Sanitari e Ospedalizzazione Domiciliare".

A massimale raggiunto la copertura riprenderà l'anno successivo per gli eventi che accadessero nel nuovo periodo. Non potranno però essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente ed eccedenti il massimale di spesa già completamente utilizzato.

Il massimale è unico per le voci di cui al punto 5.1.A e 5.1.B.

5.1.A | Ricovero in Istituto di cura per intervento chirurgico

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

Qualora l'Iscritto venga ricoverato per un intervento chirurgico, intendendo per tale uno di quelli elencati alla voce **Elenco Interventi Chirurgici**, può godere dell'intervento e delle prestazioni di seguito indicate.

PRE-RICOVERO

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **120 giorni** precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

INTERVENTO CHIRURGICO

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

ASSISTENZA MEDICA, MEDICINALI, CURE

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

RETTA DI DEGENZA

Non sono comprese nella prestazione le spese voluttuarie.

Le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 300,00 al giorno.

ACCOMPAGNATORE

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

La garanzia è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRIVATA INDIVIDUALE

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

POST-RICOVERO

1. Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'Istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi, effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
2. Le prestazioni infermieristiche, i medicinali, le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che determinato il ricovero.

OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE PER RICOVERI CHIRURGICI COME DA ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

Nell'ambito dei 120 giorni previsti dalle coperture "Post Ricovero", il Fondo, per i ricoveri chirurgici (come da Elenco Interventi Chirurgici) e avvenuti successivamente alla data di effetto della copertura, prevede a rimborso prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica dell'Iscritto. Le spese per le prestazioni

erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente e integralmente dal Fondo Est, per il tramite di EMVA, all'Iscritto.

5.1.2 | Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico

Il Fondo rimborsa le spese di trasporto dell'Iscritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.500,00 per ricovero.

5.1.3 | Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Fondo rimborsa le spese previste al punto 5.1. A "Ricovero in Istituto di cura per intervento chirurgico" e alla sezione "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto. Nel caso di donazione da vivente, la prestazione prevede il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

5.1.4 | Modalità d'accesso alle prestazioni

- In caso di ricovero in strutture e in libera professione, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nella misura dell'85%, ferme restando le limitazioni previste alle singole garanzie.
- Qualora il ricovero avvenga in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ad esempio le spese per un'eventuale cameretta a pagamento) rimasti a carico dell'Iscritto. In questo caso, però, l'Iscritto non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva (vedi il paragrafo "indennità sostitutiva per intervento chirurgico").

5.1.5 | Neonati

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nel

primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero, spesi nel limite annuo di € 10.000,00 per neonato.

5.1.6 | Indennità sostitutiva per intervento chirurgico

L'iscritto, qualora non richieda alcun rimborso al Fondo, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero, per i primi 30 giorni di ricovero.

Dal 31° giorno di ricovero, l'indennità viene elevata a € 100,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 100 giorni per ricovero.

Come già detto, per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere gli importi suindicati per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

5.1.7 | Elenco interventi chirurgici

Gli interventi chirurgici si intendono effettuati con qualsiasi tecnica, con qualsiasi metodica, qualsiasi via di accesso e qualsiasi attrezzatura o apparecchiatura ove non diversamente indicato nella prescrizione. In caso di procedure diagnostiche o esplorative e concomitanti procedure operative, la procedura diagnostica o esplorativa è considerata come fase dell'operativa e dunque è inclusa nella stessa, quindi non è rimborsabile separatamente.

NEUROCHIRURGIA

- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari);
- Asportazione tumori dell'orbita;
- Interventi di cranioplastica;
- Interventi di neurochirurgia per patologie oncologiche maligne;
- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale;
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale;
- Interventi sul plesso brachiale;
- Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale.

CHIRURGIA GENERALE

- Ernia femorale;
- Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi;
- Nodulesctomia mammaria (sono comprese anche le nodulesctomie per patologie benigne).

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare;
- Intervento di enucleazione del globo oculare.

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari;
- Asportazione di tumori maligni del cavo orale;
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare;
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugolotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia);
- Intervento demolitivo della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale);
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
- Ricostruzione della catena ossiculare.

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale;
- Interventi sulle paratiroidi;
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia;
- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale.

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per cisti o tumori del mediastino;
- Interventi per echinococchi polmonare;
- Interventi per fistole bronchiali;
- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici;
- Pneumectomia totale o parziale.

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Asportazione di tumore glomico carotideo;
- Decompressione della arteria vertebrale nel femore trasversario;

- Angioplastica con eventuale stent;
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi;
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica;
- Interventi sul cuore per via toracotomica;
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica;
- Safenectomia della grande safena.

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago;
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica;
- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne;
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne;
- Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica;
- Appendicectomia con peritonite diffusa;
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni;
- Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia);
- Drenaggio di ascesso epatico;
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale;
- Interventi chirurgici per ipertensione portale;
- Interventi con esofagoplastica;
- Interventi di amputazione del retto-ano;
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica;
- Interventi per echinococcosi epatica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino perineale;
- Interventi per neoplasie pancreatiche;
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica;
- Interventi su esofago, stomaco e duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica;
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica;
- Intervento per mega-esofago;
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari;
- Resezione gastrica;
- Resezione gastrica allargata;
- Resezione gastrica totale;
- Resezione gastro-digiunale;

- Resezione epatica.

UROLOGIA

- Terapia della calcolosi urinaria;
- Cistoprostatovescicolectomia;
- Interventi di cistectomia totale;
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare;
- Interventi di prostatectomia radicale;
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
- Nefroureterectomia radicale;
- Surrenalectomia.

GINECOLOGIA

- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia;
- Isterectomia totale con eventuale annessectomia;
- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia;
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per sindrome del tunnel carpale;
- Intervento per dito a scatto;
- Intervento chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne;
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei;
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio;
- Intervento di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne;
- Interventi di stabilizzazione vertebrale;
- Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma;
- Interventi per costola cervicale;
- Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma;
- Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma;
- Trattamento delle dosimetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni;
- Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare.

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio.

TRAPIANTI DI ORGANO

- Trapianti di organo compreso il trapianto di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche.

5.1.B | Ricovero medico in istituto di cura per grave evento morboso

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

L'iscritto può godere delle prestazioni della seguente garanzia qualora venga ricoverato a seguito di un grave evento morboso, intendendo per tale uno di quelli elencati di seguito:

- Neoplasia maligna in trattamento
- Cardiomiopatia ischemica
- Insufficienza cardiorespiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:
 1. dispnea;
 2. edemi declivi;
 3. aritmia;
 4. angina instabile;
 5. edema o stasi polmonare;
 6. ipossiemia.
- Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
 1. ulcere torbide;
 2. decubiti;
 3. neuropatie;
 4. vasculopatie periferiche;
 5. infezioni urogenitali o sovrinfezioni;
 6. complicanze oculari.
- Malattie cerebrovascolari croniche degenerative;
- Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale;
- Sclerosi multipla;
- Sclerosi laterale amiotrofica;

- Morbo di Alzheimer;
- Morbo di Parkinson caratterizzato da:
 1. riduzione attività motoria;
 2. difficoltà nel mantenimento della stazione eretta.
- Insufficienza renale cronica in trattamento dialitico (emodialitico o peritoneale) o acuta.

5.1.2.B | Le prestazioni

PRE-RICOVERO

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **120 giorni** precedenti l'inizio del ricovero sussidiabile, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero sussidiabile.

ASSISTENZA MEDICA, MEDICINALI, CURE

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

RETTA DI DEGENZA

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.
Le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **€ 300,00 al giorno**.

ACCOMPAGNATORE

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore **durante il periodo di ricovero** nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.
La garanzia è prestata nel limite di **€ 50,00** al giorno per un massimo di **30 giorni** per ricovero.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRIVATA INDIVIDUALE

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di **€ 60,00** al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

POST RICOVERO A

Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'Istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi, effettuati nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

POST RICOVERO B

Le prestazioni infermieristiche, i medicinali, le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto in ambulanza dell'Assistito, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario, all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 1.500,00** per ricovero.

MODALITÀ D'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

Ferme restando le limitazioni previste alle singole garanzie e il massimale previsto per l'area ricovero, le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono rimborsate dal Fondo Est, per il tramite della Società all'Assistito nei limiti previsti ai punti indicati, nella misura dell'85%, **rientrando comunque nel massimale complessivo di spesa annuo dell'area Ricoveri (90.000 €)**.

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto "indennità sostitutiva per ricovero per Grave Evento Morboso".


Qualora l'isritto sostenga, durante il ricovero, delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Isritto nei limiti previsti nei diversi punti: **in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva per ricovero per Grave Evento Morboso**.

INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER RICOVERO PER GRAVE EVENTO MORBOSO.

L'Isritto, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero medico per grave evento morboso né per altre prestazioni ad esso connesse, avrà diritto a un'indennità di **€ 80,00** per ogni giorno di ricovero per i primi **30 giorni**, mentre di **€ 100,00** per ogni giorno di ricovero a partire dal **31° giorno fino al 70° per ricovero**.

SERVIZI DI ASSISTENZA GLOBALE INTEGRATA, ORGANIZZAZIONE DI SERVIZI, NOLEGGIO AUSILI MEDICO-SANITARI E OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI RICOVERO MEDICO/CHIRURGICO PER NEOPLASIE MALIGNI

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico per neoplasia maligna (anche per interventi non ricompresi nell'elenco interventi chirurgici), e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, il Fondo, per un periodo di



60 giorni successivo alla data di dimissioni (e successivi ai 120 giorni previsti dalle coperture "Post Ricovero" per i casi d'intervento previsti dal Piano Sanitario), per il tramite di EMVA rimborsa prestazioni di:

- Ospedalizzazione domiciliare;
- Assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica tendenti al recupero della funzionalità fisica dell'iscritto.

In caso di patologie oncologiche, le prestazioni di cui sopra sono garantite anche in caso di ricovero per intervento chirurgico, sia esso ricompreso o meno nell'elenco interventi chirurgici di cui al capitolo "Ricovero per intervento chirurgico".

Rientra in copertura anche il noleggio di ausili medico-sanitari sempre che l'uso degli ausili medico sanitari sia collegato al percorso riabilitativo.

Si specifica che gli ausili sono forniti solo nel caso in cui sia attivata la garanzia di ospedalizzazione domiciliare riabilitativa.

Le spese per le prestazioni erogate privatamente all'iscritto vengono rimborsate nei limiti della massima d'area ricovero di € 90.000,00.

5.13.B | Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia per ricoveri medici resi necessari dalle patologie elencate in garanzia

In caso di ricovero senza intervento chirurgico per una delle patologie sotto elencate, avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, il Fondo, per un periodo di **60 giorni** successivo alla data di dimissioni, per il tramite di EMVA prevede il rimborso di prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica.

Sono compresi in copertura:

- Fibrosi cistica;
- Ischemia arterie vertebrali;
- Paralisi;

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente e dal Fondo Est, per il tramite della Società, all'iscritto.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 5.000,00 per iscritto.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ODONTOIATRICI



5.2| Accertamenti Diagnostici Odontoiatrici

In deroga a quanto previsto al paragrafo 6 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, EMVA provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- **Ortopantomografia;**
- **Radiografie endorali;**
- **Dentalscan.**

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione del dentista contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, EMVA rimborsa integralmente i ticket sanitari ammessi a rimborso nei limiti del massimale.

Nel caso di utilizzo di Strutture Sanitarie Private e in libera professione è previsto il rimborso integrale delle prestazioni con un limite massimo di rimborso pari a **€ 40,00** per singola prestazione.

Le richieste di rimborso possono essere inviate dall'area riservata alla quale si accede dal sito www.EMVA.it/fondoest. Ogni richiesta deve essere completa di tutta la documentazione necessaria.

Le richieste di rimborso devono essere inviate nelle seguenti modalità:

- fino al 02/03/2026, tramite email all'indirizzo fondoest@emva.it.
- dal 16/03/2026, esclusivamente tramite il portale raggiungibile dal sito www.emva.it/fondoest



**Il massimale annuo assistito per il complesso delle prestazioni suindicate
corrisponde a € 400,00 per Iscritto.**

PRESTAZIONI DI ORTODONZIA



5.3 | Prestazioni di Ortodonzia

In deroga a quanto previsto al paragrafo 6 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, EMVA provvede al pagamento delle spese per prestazioni ortodontiche per apparecchi fissi, mobili e invisibili.

La presente garanzia è prestata nel caso in cui l'iscritto si avvalga di Strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari ammessi a rimborso nei limiti del massimale annuo previsto.

Utilizzo di Strutture sanitarie Private e in libera professione

Il Fondo rimborsa integralmente le spese sostenute dall'iscritto, senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto e nei limiti del massimale annuo previsto.

Le richieste di rimborso devono essere inviate nelle seguenti modalità:

- fino al 02/03/2026, tramite email all'indirizzo fondoest@emva.it.
- dal 16/03/2026, esclusivamente tramite il portale raggiungibile dal sito www.emva.it/fondoest



Il massimale annuo assistito per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 700,00 per Iscritto.

PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA



5.4 | Prestazioni di implantologia

In deroga a quanto previsto al paragrafo 6 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, EMVA provvede al pagamento delle prestazioni per impianti osteointegrati e le relative corone fisse.

La garanzia opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

La presente garanzia è prestata nel caso in cui l'iscritto si avvalga di Strutture sanitarie Private e in libera professione

In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate, nei limiti del massimale previsto dalla garanzia, senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

Per ottenere il rimborso della spesa dovranno essere prodotti:

- copia della scheda anamnestica debitamente compilata dal dentista;
- copia della fattura con indicazione dettagliata delle prestazioni fruite.

Le richieste di rimborso devono essere inviate nelle seguenti modalità:

- fino al 02/03/2026, tramite email all'indirizzo fondoest@emva.it.
- dal 16/03/2026, esclusivamente tramite il portale raggiungibile dal sito www.emva.it/fondoest



La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 5.100,00 per Iscritto. Viene previsto un sottomassimale annuo di € 4.300,00 nel caso di applicazione di cinque impianti, un sottomassimale pari a € 3.800,00 nel caso di applicazione di quattro impianti, un sottomassimale pari a € 3.300,00 nel caso di applicazione di tre impianti, un sottomassimale pari a € 2.200,00 nel caso di applicazione di due impianti e un sottomassimale pari a € 1.100,00 nel caso di applicazione di un impianto.





Si precisa che, qualora nella medesima annualità assicurativa, dopo la prima applicazione di uno o più impianti, dovesse subentrare l'esigenza di effettuare ulteriori impianti, questi ultimi verranno liquidati nell'ambito del sottomassimale relativo al numero complessivo di impianti effettuati, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

Ad esempio, qualora nella medesima annualità assicurativa, dopo l'applicazione di due impianti si rendesse necessario l'innesto di un terzo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottomassimale di € 3.300,00 al netto di quanto già autorizzato o liquidato.



AVULSIONE (ESTRAZIONE DENTI)



5.5 | Avulsione (Estrazione denti senza successiva applicazione di impianti)

In deroga a quanto previsto al paragrafo 6 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, EMVA provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione) fino ad un massimo di 4 denti l'anno.

La presente garanzia è prestata nel caso in cui l'iscritto si avvalga di Strutture Sanitarie Private e in Libera Professione

In questo caso il rimborso è previsto nel limite di n. 4 avulsioni all'anno complessive per un massimo di € 400,00 annui.

Per ottenere il rimborso della spesa dovranno essere prodotti:

- le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'avulsione;
- copia del diario clinico debitamente compilato dal dentista;
- copia della scheda anamnestica (all. 1) debitamente compilata dal dentista.

Le richieste di rimborso devono essere inviate nelle seguenti modalità:

- fino al 02/03/2026, tramite email all'indirizzo fondoest@emva.it.
- dal 16/03/2026, esclusivamente tramite il portale raggiungibile dal sito www.emva.it/fondoest

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI (PREVENZIONE)



5.6 | Prestazioni odontoiatriche particolari (prevenzione)

Il Fondo Est provvede al pagamento del seguente pacchetto di prevenzione odontoiatrica, fruibile una volta l'anno:

- ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo mediante l'utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Strutture Sanitarie Private e in Libera Professione

In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 75% e con un massimo di € 80,00 annui per iscritto. Qualora a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'iscritto, il medico, riscontri la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno, sarà applicata la seguente procedura:

- in caso di utilizzo di Strutture Sanitarie Private e in Libera Professione, il Fondo provvederà a liquidare la seconda seduta nella misura dei limiti sopra indicati. Il Fondo si riserva di chiedere, qualora lo ritenesse opportuno, la documentazione che comprovi l'effettiva necessità di effettuare la seconda ablazione.

Restano invece a carico dell'iscritto, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

Le richieste di rimborso devono essere inviate nelle seguenti modalità:

- fino al 02/03/2026, tramite email all'indirizzo fondoest@emva.it.
- dal 16/03/2026, esclusivamente tramite il portale raggiungibile dal sito www.emva.it/fondoest

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (PREVENZIONE)



5.8 | Prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione)

Fondo Est provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate effettuate in strutture sanitarie Private e in Libera professione.

Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Ogni pacchetto deve essere effettuato in un'unica soluzione ed è fruibile una volta l'anno. Nel corso dell'anno è altresì possibile fruire di più pacchetti, fermo restando l'accesso per fasce d'età.


Le spese relative vengono rimborsate secondo quanto indicato in ogni singolo pacchetto.

Le richieste di rimborso devono essere inviate nelle seguenti modalità:

- fino al 02/03/2026, tramite email all'indirizzo fondoest@emva.it.
- dal 16/03/2026, esclusivamente tramite il portale raggiungibile dal sito www.emva.it/fondoest

Prevenzione: prestazioni previste per gli uomini e per le donne una volta l'anno per un massimo di € 90.

- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT);
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT);
- Azotemia (Urea);
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL;
- Creatininemia;
- Emoglobina glicata;
- Esame delle urine;
- Esame emocromocitometrico completo;
- Gamma GT;
- Glicemia;
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale);
- PT (Tempo di protrombina);
- Trigliceridi;
- Velocità di eritrosedimentazione (VES).



Prevenzione cardiovascolare: prestazioni previste per gli uomini e le donne dai 40 anni di età una volta l'anno per un massimo di € 120.

- Visita specialistica cardiologica ed ECG.

Prevenzione oncologica Colon-Retto: prestazioni previste per gli uomini e le donne dai 45 anni di età una volta l'anno per un massimo di € 120.

Visita specialistica gastroenterologica + ricerca sangue occulto fecale.

Prevenzione malattie respiratorie: prestazioni previste per gli uomini e le donne dai 40 anni di età una volta l'anno per un massimo di € 100.

- Visita specialistica pneumologica.

Prevenzione oncologica cute: prestazioni previste per gli uomini e le donne una volta l'anno per un massimo di € 100.

- Visita specialistica dermatologica.

Prevenzione oncologica prostata: prestazioni previste per gli uomini dai 45 anni di età una volta l'anno per un massimo di € 130.

- Visita specialistica urologica + Antigene Prostatico Specifico (PSA).

Prevenzione oncologica utero: prestazioni previste per le donne dai 40 anni di età una volta l'anno per un massimo di € 130.

- Visita specialistica ginecologica + pap test.

Prevenzione oncologica seno:

- a. prestazioni previste per le donne dai 40 anni di età una volta l'anno per un massimo di € 170.

Visita specialistica senologica + Ecografia Mammaria

- b. prestazioni previste per le donne dai 50 anni di età una volta l'anno per un massimo di € 190.

Visita specialistica senologica + **Mammografia con obbligo di prescrizione medica per quest'ultima prestazione.**

Con riferimento alla lettera b, le donne dai 50 anni di età dovranno scegliere se effettuare l'ecografia mammaria oppure la Mammografia.

5.8 | Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di EMVA telefonando al numero **0471 059 056** dal lunedì al giovedì dalle 8.00 alle 16.00 e venerdì dalle 08.00 alle 12.30.

Dall'estero

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia **0039 0471 059 056**

Informazioni generiche sul contratto

- le prestazioni incluse nelle garanzie, massimali, franchigie o scoperti, eventuale documentazione per attivare la copertura
- stato di valutazione delle pratiche di rimborso
- modalità di richiesta di rimborso

6. | CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Il Piano Sanitario non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di garanzia prevista; nel nostro caso non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal Piano Sanitario.

Il Piano Sanitario non è operante per:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del contratto salvo quanto previsto al punto 5.1.4;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli interventi chirurgici e gli accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Isritto di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Isritto che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; non sono soggetti a questa esclusione coloro che in maniera documentata dimostrino di aver

seguito e portato a termine positivamente un percorso di disintossicazione per abuso di alcool o di stupefacenti;

- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Isritto;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
- le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave.

* Per difetto fisico si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

** Per malformazione si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

7. | ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

7.1 | Validità territoriale

Il Piano Sanitario ha validità in tutto il mondo con le medesime modalità con cui è operante in Italia.

Tutti i documenti devono essere presentati in lingua italiana o tedesco o inglese. Eventuali traduzioni da altre lingue sono a carico dell'assistito e devono essere effettuate da un ufficio di traduzione accreditato in Italia.

7.2 | Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

Prestazioni in Strutture Sanitarie Private e in Libera professione

La documentazione di spesa ricevuta in copia viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge.

Qualora EMVA dovesse richiedere all'Isritto la produzione degli originali, la documentazione di spesa in originale viene trasmessa dall'Isritto al seguente indirizzo: [via Cavour 23E, 39100 Bolzano](#).

La documentazione allegata alla richiesta di rimborso (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, cartelle cliniche, ecc.) deve essere inviata in copia entro un anno dalla data del documento di spesa. Per le garanzie che prevedono l'indennità sostitutiva, la documentazione richiesta deve essere inviata entro un anno dalla data delle dimissioni.

Le richieste di rimborso devono essere inviate nelle seguenti modalità:

- fino al 02/03/2026, tramite email all'indirizzo fondoest@emva.it.
- dal 16/03/2026, esclusivamente tramite il portale raggiungibile dal sito www.emva.it/fondoest

EMVA potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

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



Per tutte le informazioni previste dal Piano Sanitario diverse dal ricovero, dall'odontoiatria e dalla prevenzione consulti esclusivamente: www.fondoest.it

In applicazione delle nuove disposizioni del Decreto Legislativo 209/2005 art. 185 "Informativa al contraente" la Società informa che:

- la legislazione applicata al contratto è quella italiana.

Eventuali reclami riguardanti la gestione dei sinistri, e relativi alle decisioni relativamente a prestazioni non erogate o erogate parzialmente, possono essere inviati, per iscritto ed entro 60 giorni dalla chiusura della pratica, a : emva@pec.it o tramite lettera raccomandata a [EMVA Körperschaft für wechselseitige Unterstützung – ETS, via Cavour 23 a 39100 Bolzano \(BZ\)](#). EMVA ETS comunicherà al socio la propria decisione definitiva entro 60 giorni dalla ricezione del ricorso e della relativa documentazione. Il reclamo dovrà contenere le seguenti informazioni:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.





GLOSSARIO



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.

ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA: 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.


CARENZA: arco temporale che intercorre tra il primo versamento del contributo ordinario da parte dell'azienda e l'effettiva attivazione della copertura sanitaria.

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.

EMVA: società incaricata dal Fondo per la gestione di una parte delle garanzie sanitarie offerte ai lavoratori iscritti, solo nel caso in cui la ragione sociale dell'Azienda sia collocata nella provincia di Bolzano.

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.

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

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 prestatati 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 CON FONDO EST: 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.

VERSAMENTO VOLONTARIO: importo che l'iscritto ha facoltà di versare per usufruire delle prestazioni previste dal Piano Sanitario nei casi e nei limiti previsti ai relativi punti del Regolamento delle attività consultabile sul sito di Fondo Est.

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