

REGOLAMENTO ASSISTENZIALE PER I LAVORATORI SOMMINISTRATI

Al fine di sovvenire alle esigenze dei lavoratori somministrati a fronte di problemi sanitari, E.BI.TEMP (Ente Bilaterale Nazionale per il lavoro temporaneo – di seguito Ebitemp) in collaborazione con la Cassa Mutualistica Interaziendale (di seguito denominata Cassa) propone le prestazioni sanitarie di seguito dettagliate.

Gli aventi diritto, le caratteristiche delle prestazioni, i limiti e le modalità per richiedere i sussidi dovuti sono precisati nel seguente Regolamento.

Il presente Regolamento entra in vigore il 1° gennaio 2025.

1. AVENTI DIRITTO

Hanno diritto ad usufruire delle prestazioni elencate dalla sezione A alla sezione E i lavoratori in somministrazione (sia a tempo determinato che indeterminato) dipendenti dalle Agenzie per il Lavoro associate a Ebitemp. Il diritto ad usufruire delle prestazioni è garantito alle lavoratrici ed ai lavoratori con contratti in somministrazione attivi o che abbiano svolto almeno 30 giorni di attività lavorativa nell'arco dei 120 giorni di calendario, nonché per i 120 giorni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro.*

Il diritto ad usufruire delle prestazioni previste dal presente Regolamento dovrà essere certificato dall'interessato al momento della richiesta di ogni sussidio.

1.1 Il diritto ad usufruire delle prestazioni previste dal presente Regolamento viene esteso al coniuge ed ai figli del lavoratore avente diritto, se fiscalmente a carico dello stesso. Per la prestazione "Sostegno alla Persona con Invalidità al 100%" il diritto è esteso anche agli altri familiari fiscalmente a carico del richiedente.

*a titolo esemplificativo: se il contratto di somministrazione di un lavoratore scade il 31 dicembre e nei 120 giorni di calendario precedenti la scadenza (vale a dire dal 3 settembre al 31 dicembre) il lavoratore ha avuto contratti di somministrazione per almeno 30 giorni, quest'ultimo ha diritto alla copertura assistenziale nei 120 giorni successivi la scadenza contrattuale, quindi fino al 30 aprile dell'anno seguente.

2. DOCUMENTAZIONE (comune a qualsiasi tipo di richiesta)

2.1 Oltre a quanto precisato negli articoli successivi, in relazione alle varie tipologie di prestazione, ogni richiesta di rimborso o sussidio, dovrà essere corredata dalla seguente documentazione:

- a) per i lavoratori con contratto di somministrazione a tempo determinato: copia dei contratti ed eventuali proroghe;
- b) per i lavoratori con contratto di somministrazione a tempo indeterminato: copia del contratto, lettere di assegnazione ed eventuali proroghe;
- c) copia della più recente busta paga percepita;
- d) fotocopia del codice fiscale e documento d'identità.

In caso di richiesta di rimborso per familiare fiscalmente a carico, occorre allegare in aggiunta:

- dichiarazione sostitutiva di certificazione/variazione dei familiari conviventi fiscalmente a carico;
- fotocopia del codice fiscale del paziente/familiare.

Per tutte le assistenze di seguito elencate riservate anche ai familiari a carico i rimborsi/sussidi verranno riproporzionati in base alla percentuale per la quale il familiare risulta a carico del dipendente.

I Gestori delle assistenze si riservano la facoltà di richiedere ogni documentazione clinica e/o amministrativa utile per procedere al rimborso a norma del presente regolamento. L'Assistito deve consentire eventuali controlli medici disposti dai Gestori in relazione alle richieste di assistenza. Tali controlli medici resteranno a carico del Fondo.

3. MODALITA' DI ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA

Le richieste di rimborso potranno essere inoltrate effettuando l'accesso alla propria area riservata sulla piattaforma MyEbitemp.

Le liquidazioni avverranno con bonifico sul c/c bancario o postale dell'associato.

I rimborsi sono integrativi di eventuali rimborsi dovuti dalle ASL o da altri enti mutualistici o da compagnie di assicurazione per i quali gli interessati devono fare regolare richiesta.

PRESTAZIONI

SEZIONE A – assistenza ai ricoveri

4. RICOVERI

Per qualsiasi ricovero, (diverso dal "Ricovero per grande intervento chirurgico a pagamento" di cui al successivo punto 5) dovuto a malattia o parto, con o senza intervento chirurgico, al lavoratore è previsto un sussidio giornaliero nella seguente misura:

- dal 3° al 30° giorno di ricovero sussidio giornaliero di 20 €;
- dal 31° al 62° giorno di ricovero sussidio giornaliero di 40 €.

Nel caso di ricovero per grande intervento chirurgico (effettuato in struttura non a pagamento) sussidio giornaliero di 40 € dal primo giorno di ricovero e per un massimo di 60 giorni.

Il giorno di ingresso e quello delle dimissioni verranno computati, ad ogni effetto, come una sola giornata di degenza.

E' assistibile il ricovero in ospedale, clinica, istituto universitario o casa di cura autorizzato dalle competenti autorità all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, con esclusione degli

stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche con prevalenti finalità dietologiche e/o estetiche.

L'assistenza copre i ricoveri effettuati in Italia o all'estero per un massimo di 60 giorni all'anno.

4.1 Documentazione richiesta per altri ricoveri

Per ottenere il sussidio, al termine di ogni ricovero, il lavoratore dovrà inviare alla Cassa, oltre a quanto previsto dal precedente art. 2.1, copia del certificato di ricovero da cui risultino la data di ingresso e quella di dimissione, la diagnosi accertata.

4.2 Durata dell'assistenza

Le coperture previste per i ricoveri iniziati nei periodi di diritto all'assistenza come previsto dal presente Regolamento, si protraggono fino al giorno delle dimissioni ospedaliere anche se nel frattempo sono venute a mancare le condizioni di assistibilità definite dal precedente art. 1.1.

4.3 Decadenza

Il diritto a richiedere i sussidi relativi ai ricoveri, decade decorsi 90 giorni dalla data delle dimissioni ospedaliere.

5. RICOVERI A PAGAMENTO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

I lavoratori sottoposti agli interventi di alta chirurgia, compresi nell'elenco (allegato A), hanno diritto al rimborso delle spese relative al ricovero (degenza, sala operatoria, medici, esami, farmaci, protesi, trattamenti fisioterapici, ecc.) fino a un massimale di € 40.000 per anno e per persona.

Nella rete delle strutture sanitarie convenzionate con la Cassa è garantito il rimborso completo entro il massimale di 40.000 euro salvo uno scoperto di 1.000 euro per ogni ricovero. Nelle altre strutture sanitarie i rimborsi saranno calcolati applicando quanto previsto dal tariffario della Cassa (vedi elenco tariffari sul sito www.ebitemp.it).

Sono escluse dal rimborso le spese extra (telefono, bar, pernottamento e pasti di parenti ecc.).

In caso di trapianto di organo l'assistenza comprende il ricovero relativo al donatore per accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica, l'intervento chirurgico di espianto, le cure, i medicinali, e le rette di degenza. L'assistenza copre i ricoveri effettuati in Italia o all'estero.

5.1 Spese sanitarie pre e post intervento

Nel caso di grande intervento chirurgico (indipendentemente da dove l'interessato sia stato ricoverato) è garantito il rimborso delle spese per gli accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero e correlati allo stesso. E' altresì garantito il rimborso di esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche), effettuati nei 120 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'intervento chirurgico.

Tali rimborsi saranno garantiti nella misura del 100% dei ticket corrisposti alle strutture sanitarie pubbliche o accreditate e nella misura del 100% di quanto previsto dal tariffario della Cassa per le prestazioni effettuate in regime privatistico.

Il rimborso delle spese sanitarie pre e post intervento, come sopra specificato, è garantito entro un massimale di 4.000 € per anno e per persona.

5.2 Norme per ottenere le prestazioni e limitazioni

5.2.1 Autorizzazione al ricovero a pagamento per grandi interventi chirurgici

Ogni ricovero effettuato in una struttura sanitaria a pagamento deve essere preventivamente autorizzato dalla Cassa.

5.2.2 Documentazione richiesta per autorizzazione ricoveri a pagamento per grandi interventi

Oltre a quanto previsto dal precedente art. 2.1, ogni richiesta di autorizzazione, dovrà essere corredata dalla seguente documentazione:

- proposta di ricovero redatta dal medico curante o dallo specialista, con le motivazioni del ricovero, i dati clinici e le notizie anamnestiche di rilievo.

La documentazione deve essere inviata tramite la piattaforma MyEbitemp.

La Cassa autorizza al ricovero con la propria assistenza, per le motivazioni indicate nella richiesta medica. Tale autorizzazione non esclude il successivo accertamento dell'ammissibilità del ricovero in considerazione di eventuali cause di esclusione stabilite dal presente regolamento.

In carenza dell'autorizzazione della Cassa non sarà concesso alcun rimborso, salvo i casi di documentata e acclarata urgenza che non abbiano consentito l'espletamento delle normali procedure previste.

5.3 Documentazione richiesta per i ricoveri a pagamento per grandi interventi

Oltre a quanto previsto dal precedente art. 2.1, ogni richiesta di rimborso dovrà essere corredata dalla seguente documentazione:

- copia della cartella clinica (se in lingua non italiana con relativa traduzione) completa di diario clinico e di anamnesi prossima e remota (la Cassa si riserva di richiedere l'originale);
- copia di ogni fattura di spesa e delle notule mediche rimaste effettivamente a carico dell'interessato e di cui si richiede il rimborso (la Cassa si riserva di richiedere gli originali).

5.4 Durata dell'assistenza

Le coperture previste per ricoveri con grande intervento chirurgico iniziati nei periodi di diritto all'assistenza, come previsto dal presente Regolamento, si protraggono fino al termine dell'evento.

5.5 Decadenza

Il diritto a richiedere i rimborsi relativi ai ricoveri a pagamento per grandi interventi chirurgici e per le spese sanitarie pre e post intervento, decade decorsi 120 giorni dalla data di dimissioni dal ricovero in cui l'interessato è stato sottoposto a grande intervento chirurgico.

6. ESCLUSIONI (relative alla sola Sezione A)

6.1 Esclusioni delle preesistenze

Gli interessati non possono essere assistiti dalla Cassa per le malattie, nonché le sequele e le manifestazioni morbose a queste eziopatogenicamente rapportabili, insorte nei 36 mesi precedenti all'acquisizione del diritto di assistenza definito dall'art. 1.1 di questo Regolamento.

Lo stato di sieropositività HIV viene considerato come preesistenza se insorto nei tempi sopra precisati ed esclude ogni assistenza anche all'insorgere in forma conclamata di AIDS. Ai fini dell'esclusione come preesistenza, lo stato di gravidanza è assimilato a malattia.

6.2 Altre esclusioni

E' sempre esclusa l'assistenza per:

- le malattie nervose e/o mentali;
- le malattie congenite;
- le malattie e/o gli infortuni provocati da fatti colposi di terzi, salvo il caso in cui sia accertata la irreperibilità e/o non solvibilità del terzo responsabile;
- le conseguenze derivanti da abuso di alcolici o di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- le cure estetiche;
- gli interventi per la correzione o eliminazione di malformazioni e difetti fisici;
- le malattie e/o gli infortuni derivanti da risse ed ubriachezza, da maneggio di armi o da manifesta imprudenza;
- le malattie e/o gli infortuni conseguenza di proprie azioni delittuose;
- le malattie e/o gli infortuni occorsi nello svolgimento di competizioni sportive agonistiche e quelli conseguenti alla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere;
- le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni di nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche o di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerre, insurrezioni, atti di terrorismo, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche.

SEZIONE B – rimborso dei ticket (prestazioni in compartecipazione della spesa SSN) e delle vaccinazioni

7.1 Ticket (prestazioni in compartecipazione della spesa SSN)

E' garantito il rimborso del 100% dei ticket (compartecipazione alla spesa sanitaria) relativi a prestazioni quali:

- esami di laboratorio (come esami del sangue e urine);
- diagnostica strumentale (come radiografie, ecografie, Tac, risonanze magnetiche, Moc, scintigrafie, elettrocardiogrammi di tutti i generi, ecocardiogrammi, elettroencefalogrammi, elettromiografie, endoscopie varie, doppler);
- visite specialistiche;
- terapie fisiche;
- prestazioni odontoiatriche;
- interventi ambulatoriali eseguiti da un medico;

Il rimborso viene erogato solo se la prestazione si è svolta in regime di compartecipazione con il sistema sanitario nazionale indipendentemente da dove venga effettuata la prestazione (aziende sanitarie territoriali, aziende ospedaliere o strutture sanitarie private accreditate dalle Regioni, etc..). Il rimborso si intende comprensivo delle quote aggiuntive regionali.

7.2 Documentazione richiesta per il rimborso dei ticket

Gli interessati possono richiedere il rimborso inoltrando, insieme a quanto previsto dal precedente art. 2.1 i seguenti documenti:

- copia della ricevuta di pagamento da cui risulti che si tratta di ticket. La ricevuta deve indicare il tipo di prestazione effettuata (ad esempio esami di laboratorio o elettrocardiogramma o visita).
- in presenza di scontrini, bollettini postali o ricevute emesse da sportelli automatici è necessario allegare obbligatoriamente anche copia della documentazione rilasciata dall'accettazione al momento della visita o della prenotazione (attestante il codice fiscale del paziente e da cui risulti che si tratta di ticket).

7.3 Decadenza

Il diritto a richiedere il rimborso dei ticket decade decorsi 90 giorni dalla data che compare sulla ricevuta di pagamento.

7.4 Esclusioni

Non è previsto il rimborso per le prestazioni private, per quelle usufruite in intramoenia, per i farmaci, per materiale sanitario, e per altre prestazioni non elencate al precedente punto 7.1 e 7.5.

7.5 Vaccinazioni

È garantito il rimborso del 100% della spesa sostenuta per vaccinazioni effettuate dal figlio fiscalmente a carico del lavoratore e di età inferiore ai 18 anni, sia che siano svolte in regime di compartecipazione con il sistema sanitario nazionale che privatamente.

Gli interessati possono richiedere il rimborso inoltrando, insieme a quanto previsto dal precedente art. 2.1 i seguenti documenti:

- copia della ricevuta di pagamento che indichi la tipologia di prestazione effettuata (è rimborsabile la somministrazione del vaccino, non l'acquisto del farmaco).

SEZIONE C – assistenza odontoiatrica e ortodontica

8.1 Prestazioni rimborsabili

E' previsto il rimborso delle spese per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche private. Le prestazioni garantite e la misura del rimborso sono previste dall'apposito tariffario (vedi elenco tariffari sul sito www.ebitemp.it). Il massimale annuo rimborsabile per nucleo familiare è di € 2.000.

8.2 PREVENZIONE ODONTOIATRICA E PEDODONTICA

8.2.1 Igiene orale

Ogni assistito ha diritto al rimborso di un'ablazione del tartaro all'anno.

Per ottenere il rimborso sarà necessario inviare copia del documento di spesa, oltre a quanto previsto dal precedente art. 2.1.

8.2.2 Sigillatura solchi

Ogni Assistito di età inferiore agli 8 anni ha diritto al rimborso per sigillatura dei solchi fino ad un massimo di 4 prestazioni.

Per ottenere il rimborso sarà necessario inviare copia del documento di spesa, oltre a quanto previsto dal precedente art. 2.1.

8.3 CURE ODONTOIATRICHE

8.3.1 Autorizzazione e richiesta di rimborso

Per attivare l'assistenza, l'interessato dovrà comunicare preventivamente alla Cassa Mutualistica Interaziendale l'inizio delle cure e richiedere l'autorizzazione allegando alla richiesta, insieme a quanto previsto dal precedente art. 2.1:

- il modulo preventivo corredato della scheda visita, compilato, firmato e timbrato dal medico odontoiatra, contenente il dettaglio delle prestazioni da eseguire e il dente oggetto delle stesse;
- nel modulo preventivo dovranno essere indicate obbligatoriamente la data di inizio prevista per le cure per le quali si richiede l'assistenza e il nome del paziente a cui verranno prestate le cure. Non potranno essere accolte richieste che non riportino queste due indicazioni;
- in caso il preventivo superi l'importo totale di € 300 sarà necessario allegare l'ortopantomografia pre-trattamento in cui sia indicata data di effettuazione e il relativo

referto. L'ortopantomografia non dovrà essere anteriore a 30 giorni rispetto alla data del preventivo. Il costo dell'ortopantomografia, se effettuata per la richiesta di autorizzazione, sarà rimborsato dal fondo con un massimale di € 30.

La Cassa entro 3 giorni lavorativi rilascerà l'autorizzazione all'assistenza ovvero il diniego motivato o richiederà all'Assistito l'eventuale documentazione mancante.

L'autorizzazione conterrà l'indicazione dei documenti necessari per effettuare la richiesta di rimborso nonché l'importo massimo rimborsabile.

L'autorizzazione di cure riferite a preventivi di importo inferiore a € 300 potrà essere rilasciata esclusivamente trascorsi sei mesi dalla data della precedente autorizzazione.

Eventuali variazioni del piano di cure dovranno essere comunicate alla Cassa tempestivamente e comunque prima del termine delle cure, per essere autorizzate ai fini dell'attivazione dell'assistenza.

Non potranno essere in nessun caso rimborsate prestazioni o modifiche del piano cura non autorizzate in precedenza.

Per ottenere il rimborso l'Assistito dovrà inviare entro i termini di validità dell'autorizzazione, oltre a quanto previsto dal precedente articolo 2.1:

- copia del documento di spesa quietanzato con l'indicazione di tutte le prestazioni effettuate e del dente oggetto della prestazione (la Cassa si riserva di richiedere l'originale);
- ortopantomografia finale quando richiesta in sede di autorizzazione;
- certificati di laboratorio quando richiesti in sede di autorizzazione.

8.3.2 Decadenza

Il diritto a richiedere il rimborso delle spese di odontoiatria decade decorsi 90 giorni dalla data della fattura di saldo.

8.4 CURE ORTODONTICHE

L'Assistito ha diritto all'assistenza per cure ortodontiche fisse e mobili.

8.4.1 Autorizzazione e richiesta di rimborso

Per attivare l'assistenza, l'interessato dovrà comunicare preventivamente l'inizio delle cure e richiederne l'autorizzazione allegando alla richiesta, insieme a quanto previsto dal precedente art. 2.1, referto con timbro e firma del medico ortodontista, contenente la descrizione in dettaglio del trattamento da eseguire, la tecnica da utilizzare, la durata prevista del trattamento e la data di inizio della cura.

La Cassa entro 3 giorni lavorativi rilascerà l'autorizzazione all'assistenza ovvero il diniego motivato o richiederà all'Assistito eventuale documentazione mancante.

L'autorizzazione sarà riferita ad un massimo di un anno di cura (12 mesi effettivi dall'inizio delle cure) e conterrà l'indicazione dei documenti necessari per effettuare la richiesta di rimborso nonché dell'importo massimo rimborsabile.

In caso di cure che si protraggano oltre il primo anno di cura autorizzato sarà necessario, allo scadere della autorizzazione del primo anno di cura, richiedere una nuova autorizzazione allegando referto con timbro e firma del medico ortodontista relativo allo stato di avanzamento della cura; la stessa potrà essere concessa previa verifica dei requisiti di cui all'articolo 1 del presente Regolamento.

Non potranno essere in nessun caso rimborsate cure non autorizzate in precedenza.

Per ottenere il rimborso al termine delle cure l'Assistito dovrà inviare, insieme a quanto previsto dal precedente art. 2.1:

- copia del documento di spesa quietanzato con l'indicazione del trattamento effettuato. In caso di cure di durata superiore a un anno, il documento dovrà riportare l'anno di cura cui si riferisce il saldo (Esempio: saldo 1° anno di cure, saldo 2° anno di cure, ecc.);
- certificati di laboratorio quando richiesti in sede di autorizzazione;
- fotografie intra orali, fotografie dei modelli quando richiesti in sede di autorizzazione.

8.4.2 Decadenza

Il diritto a richiedere il rimborso delle spese di ortodonzia decade decorsi 90 giorni dalla data della fattura di saldo.

8.5 RIMBORSO prestazioni sezione C – Cure odontoiatriche e ortodontiche

I rimborsi saranno calcolati in base agli importi massimi previsti dall'apposito tariffario. Resterà a carico dell'assistito una franchigia del 20% dell'importo rimborsabile.

Le liquidazioni dei rimborsi avverranno con bonifico sul c/c bancario o postale dell'associato.

8.6 LIMITI ED ESCLUSIONI riferiti alla sezione C – Cure odontoiatriche e ortodontiche

Il massimale annuo rimborsabile per nucleo familiare è di € 2.000. Non

potranno essere assistite più di 5 otturazioni all'anno.

Per le prestazioni di cui al precedente art. 8.3 "CURE ODONTOIATRICHE"

Non potranno essere rimborsate fatture riferite ad una sola parte del trattamento autorizzato. Il rimborso potrà essere erogato solo al termine di tutte le cure autorizzate e il relativo importo rimborsato concorrerà al massimale dell'anno in cui verrà emessa la fattura di saldo che attesta la conclusione del trattamento autorizzato.

Le fatture di acconto sono rimborsabili solo per le cure ortodontiche, in questo caso, nella fattura dovrà comunque essere indicata la tipologia di cura effettuata.

L'assistenza potrà essere concessa soltanto se l'inizio del trattamento, il termine dello stesso e l'emissione della fattura di saldo, sono avvenuti durante il periodo di copertura dell'Assistito (si veda art. 1.1 e 1.2 – aventi diritto).

Per le prestazioni di cui al precedente art. 8.4 "CURE ORTODONTICHE" l'assistenza potrà essere concessa soltanto se l'inizio del trattamento è avvenuto durante il periodo di copertura dell'Assistito. (si veda art. 1.1 e 1.2 – aventi diritto).

Non sono in nessun caso rimborsabili le fatture di acconto.

Il rimborso per cure di implantologia sullo stesso dente potrà essere richiesto nuovamente solo dopo che siano trascorsi tre anni da quello precedente.

Il rimborso per cure di protesica sullo stesso dente potrà essere richiesto nuovamente solo dopo che siano trascorsi tre anni da quello precedente.

Il rimborso per cure di conservativa sullo stesso dente potrà essere richiesto nuovamente, solo dopo che siano trascorsi tre anni da quello precedente.

Sono escluse dal rimborso tutte le spese per prestazioni non previste dall'apposito tariffario.

Non possono essere chieste a rimborso fatture emesse da medici operanti all'estero (anche nella UE).

SEZIONE D- assistenza per prevenzione donna, maternità e alta diagnostica privata per malattie oncologiche

9.1 Prevenzione Donna

Alle lavoratrici con un contratto di lavoro in somministrazione, viene riconosciuto un rimborso delle seguenti prestazioni, erogate privatamente, per la diagnosi precoce di malattie oncologiche:

- Visita + pap test: rimborso fino a € 100, una volta all'anno
- ecografia mammaria: rimborso fino a € 70, una volta all'anno
- mammografia: rimborso fino a € 80, una volta all'anno
- ecografia transvaginale: rimborso fino a € 80, una volta all'anno

Per ottenere il rimborso l'Assistita dovrà inviare, insieme a quanto previsto dal precedente art. 2.1:

- fattura di saldo riportante il dettaglio della prestazione erogata.

9.2 Pacchetto maternità

Alle lavoratrici in gravidanza con contratti di lavoro in somministrazione, viene riconosciuto un rimborso con un massimale complessivo di € 600, per ogni gravidanza, per le seguenti prestazioni svolte privatamente:

- fino a 2 visite ginecologiche;
- fino a 3 ecografie ostetriche;
- esami di laboratorio privati legati alla gravidanza.

I seguenti test prenatali:

- bi-test;
- amniocentesi e villocentesi per gravidanze (solo per le assistite in gravidanza con età superiore ai 35 anni).

Tutti gli altri test prenatali sono esclusi dall'assistenza e non sono riconducibili alla voce: *“esami di laboratorio privati legati alla gravidanza”*.

Per ottenere il rimborso l'Assistita dovrà inviare, insieme a quanto previsto dal precedente art. 2.1:

- prescrizione del medico di base o dello specialista che attesti lo stato di gravidanza
- fattura di saldo riportante il dettaglio della prestazione erogata.

9.3 Alta diagnostica per malattie oncologiche

Per i lavoratori con un contratto di lavoro in somministrazione, è prevista la copertura fino ad un massimale annuo complessivo di € 3.000, di tutte le prestazioni di alta diagnostica privata, visita specialistica oncologica compresa, previste dall'apposito tariffario (vedi Allegato B), e finalizzate all'assistenza di malattie oncologiche conclamate o in fase di accertamento.

Per ottenere il rimborso l'Assistito dovrà inviare, insieme a quanto previsto dal precedente art. 2.1:

- prescrizione del medico di base o dello specialista che attesti la patologia oncologica conclamata o in fase di accertamento;
- fattura di saldo riportante il dettaglio della prestazione erogata.

9.4 Decadenza

Tutte le assistenze elencate nella sezione D del presente Regolamento sono riservate alle lavoratrici/lavoratori in somministrazione non sono, quindi, estendibili ai familiari a carico.

Il diritto a richiedere il rimborso decade decorsi 90 giorni dalla data della fattura di saldo.

SEZIONE E – rimborso lenti oftalmiche e piccoli interventi oculistici

10. Rimborso lenti da vista

Per i lavoratori con contratto di lavoro in somministrazione è prevista l'assistenza per l'acquisto di lenti oftalmiche o in alternativa per piccoli interventi chirurgici finalizzati al recupero della vista. Le prestazioni sono erogabili una volta ogni due anni con un massimale di € 100. Una volta erogata la prestazione, la stessa potrà essere nuovamente richiesta dopo che siano trascorsi 24 mesi dalla data della fattura di saldo relativa al primo rimborso erogato.

Se nell'arco dei due anni, coloro che hanno già usufruito del rimborso subiscono un peggioramento della vista, è possibile richiedere una nuova assistenza, previa presentazione di certificazione rilasciata dal medico specialista che attesti la modifica del visus.

Per ottenere il rimborso l'Assistita/o dovrà inviare, insieme a quanto previsto dal precedente art. 2.1:

- certificato di conformità delle lenti;
- prescrizione medica o certificazione rilasciata dal medico specialista (oculista);
- fattura di saldo riportante il dettaglio della prestazione erogata.

10.1 Decadenza

Tutte le assistenze elencate nella sezione E del presente Regolamento sono riservate alle lavoratrici/lavoratori in somministrazione non sono, quindi, estendibili ai familiari a carico. Il diritto a richiedere il rimborso decade decorsi 90 giorni dalla data della fattura di saldo.

SEZIONE F- sostegno alla persona con invalidità al 100%

11. E' previsto un contributo spese forfettario di € 1.500 per anno, nel caso la lavoratrice o il lavoratore si trovino in condizioni di invalidità al 100% o nel caso abbiano familiari fiscalmente a carico in condizioni di invalidità al 100%.

Per avere accesso a questa assistenza, gli assistiti dovranno maturare un'anzianità minima di 90 giorni in somministrazione, e un contratto di lavoro attivo, al momento della presentazione della domanda.

Sono equiparabili a situazioni di invalidità al 100% la cecità assoluta, il sordomutismo, la sordocecità.

Nel caso di minorenni invalidi saranno considerati come equivalenti ad una invalidità del 100% i seguenti casi:

- invalidità di frequenza: minore con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie dell'età o con perdita uditiva superiore a 60 decibel nell'orecchio migliore nelle frequenze 500, 1000, 2000 hertz (L. 289/1990);
- indennità di accompagnamento: minore invalido totale con impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (L. 18/1980 e L. 508/1988).
- indennità di accompagnamento: minore invalido totale con necessità di assistenza continua non essendo in grado di svolgere gli atti quotidiani della vita (L. 18/1980 e L. 508/1988).

Documentazione richiesta

Per ottenere il contributo spese, l'assistito dovrà inviare alla Cassa, oltre a quanto previsto dal precedente art. 2.1:

- Certificato rilasciato dall'INPS o dall'ASL che attesti l'invalidità al 100% o l'invalidità equivalente come descritta al punto 11;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione esistenza in vita;
- Certificato di stato di famiglia (nel caso di accesso alla prestazione di soggetto minorenne).

Roma/Milano,

E.BI.TEMP
Il Presidente
Alessandro Ramazza

Cassa Mutualistica Interaziendale
Il Presidente
Valerio Ceffa

ALLEGATI:

- elenco interventi alta chirurgia (allegato A)
- tariffario alta diagnostica (allegato B)
- tariffario odontoiatrico (allegato C)