

Interventi definiti dalle Fonti Istitutive con l'Accordo del 26 novembre 2015 in vigore dal 1° gennaio 2016.

Per quanto riguarda i Regolamenti delle prestazioni per gli iscritti in servizio e in quiescenza, le modifiche hanno riguardato:

- l'introduzione del rimborso, in via sperimentale dei farmaci con caratteristiche di innovatività terapeutica inseriti nel prontuario terapeutico nazionale e autorizzati all'immissione in commercio dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) a condizione che:
 - non siano rimborsati dal Servizio Sanitario a livello nazionale e/o regionale;
 - siano relativi al trattamento delle patologie oncologiche, virali e degenerative di cui al seguente elenco tassativo:
 - Neoplasie con caratteristiche istologiche di malignità
 - Epatite C
 - HIV
 - Sla e Sclerosi Multipla
 - Fibrosi cistica
- l'incremento del massimale per gli occhiali a € 600 (attualmente ammonta a € 450), per i nuclei familiari con almeno cinque componenti, tali alla data del 1° gennaio dell'anno nel quale viene effettuata la prestazione. Per gli iscritti alla gestione quiescenti con almeno 5 componenti l'incremento ha determinato un massimale di € 350 per gli occhiali;
- l'incremento del massimale per le cure dentarie a € 2.000 (attualmente ammonta a € 1.500), per i nuclei familiari con almeno cinque componenti. Per gli iscritti alla gestione quiescenti con almeno 5 componenti l'incremento ha determinato un massimale di € 800 per gli occhiali;
- l'attribuzione della facoltà, per un unico componente del nucleo familiare appartenente alla gestione degli iscritti in servizio, di fruire del massimale di € 4.500 (dedotti gli eventuali rimborsi già richiesti nell'anno di sostenimento della spesa) accorpando il plafond di tre anni consecutivi a fronte di una spesa per cure dentarie pari o superiore a € 6.500.

Per le condizioni e i dettagli operativi, si rimanda alle circolari 3 e 4 del dicembre 2015 e al testo dell'accordo, pubblicati su questo sito nelle rispettive sezioni.