

# FasiOpen

Fondo Aperto  
di Assistenza Sanitaria Integrativa



GUIDA PER GLI ASSISTITI  
PIANO SANITARIO



**A+**



Sistema Fasi



## Guida per gli Assistiti

Questa Guida illustra le Garanzie offerte dal Piano Sanitario “A+” di FasiOpen, per utilizzare al meglio le opportunità offerte da esso.

Invitiamo gli assistiti a leggere con attenzione le informazioni qui riportate per evitare richieste di Rimborso non in linea con quanto riportato nel Piano Sanitario (ad esempio cure non rimborsabili, garanzie non previste, ecc.). Per soddisfare pienamente le esigenze dei propri assistiti – e ferma restando la piena libertà di cure di ciascuno – FasiOpen si avvale di una fitta rete di convenzioni dirette stipulate con Case di Cura, Studi Odontoiatrici, Strutture Ospedaliere/Universitarie, Poliambulatori Diagnostici, Centri di Fisio-

terapia, Day Hospital, Day Surgery (più di 3.000 strutture sanitarie). Nelle strutture convenzionate le prestazioni sanitarie eseguite – entro i limiti e i massimali previsti dai rispettivi Piani Sanitari – sono a totale carico di FasiOpen. L’assistenza in “Forma Diretta” prestata in queste Strutture permette agli assistiti di evitare anticipi economici, con l’eccezione delle normali spese accessorie (per esempio: telefono, copia della cartella clinica, servizi extra, ecc.) e sempre nei limiti economici stabiliti dai singoli Piani Sanitari. Un collegamento telematico tra le Strutture Sanitarie convenzionate e FasiOpen consente la verifica di assistibilità in tempo reale, 24 ore al giorno per 365 giorni l’anno.

Nella Guida sono elencate le Garanzie previste dal Piano Sanitario "A+". Ognuno dei capitoli dedicati alle singole Garanzie illustra le prestazioni, le modalità e le quote di rimborso, nonché le procedure da effettuare per poterne usufruire. Vengono anche fornite

informazioni utili al corretto svolgimento delle procedure e un glossario della terminologia utilizzata. La Centrale Informativa di FasiOpen (**Numero Verde 800 085 502**) è a disposizione degli assistiti per qualsiasi informazione o chiarimento.

# Indice

Chi si può iscrivere	6
Chi assistiamo	7
Prestazioni eseguite in “Forma Indiretta”	8
Prestazioni eseguite in “Forma Diretta”	10
Validità delle Autorizzazioni al Rimborso in “Forma Diretta”	11
Utilizzo delle Strutture Sanitarie convenzionate	12
Come usufruire del S.S.N./S.S.R.	13

## **GARANZIE**

<b>1</b>	<b>Ricoveri</b>	<b>14</b>
	<b>Ricoveri in Istituto di Cura per “Grande Intervento Chirurgico”</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>Accertamenti diagnostici e visite specialistiche pre ricovero</b>	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>Accertamenti diagnostici, visite specialistiche e terapie post ricovero</b>	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>Diagnostica/Terapie di alta specializzazione</b>	<b>18</b>
<b>5</b>	<b>Visite Specialistiche Ambulatoriali</b>	<b>19</b>
<b>6.1</b>	<b>Ticket per prestazioni sanitarie fruito</b>	
	<b>presso Strutture Sanitarie pubbliche o private accreditate</b>	<b>20</b>
<b>6.2</b>	<b>Maggior comfort alberghiero nel Servizio Sanitario Nazionale</b>	<b>20</b>
<b>7</b>	<b>Pacchetto Maternità</b>	<b>21</b>
<b>8</b>	<b>Prevenzione Cardiovascolare e Oncologica Uomo</b>	<b>22</b>
<b>9</b>	<b>Prevenzione Cardiovascolare e Oncologica Donna</b>	<b>23</b>
<b>10</b>	<b>Odontoiatria</b>	<b>24</b>
<b>11</b>	<b>Indennità sostitutiva in caso di ricovero</b>	<b>26</b>
<b>12</b>	<b>Protezione Neonati</b>	<b>27</b>
<b>13</b>	<b>Trasporto in ambulanza</b>	<b>27</b>
<b>12</b>	<b>Lenti</b>	<b>28</b>
<b>13</b>	<b>Fisiokinesiterapia</b>	<b>29</b>
	<b>Prestazioni non coperte da FasiOpen</b>	<b>30</b>
	<b>Informazioni di carattere generale</b>	<b>31</b>
	<b>Glossario</b>	<b>32</b>

## Chi si può iscrivere

Possono iscriversi a FasiOpen esclusivamente i datori di lavoro e i Fondi/Casse Terzi, che decidono di avvalersi, in base a disposizioni derivanti da regolamento o accordo aziendale o contratto collettivo di lavoro, dell'assistenza integrativa socio-sanitaria

erogata da FasiOpen stesso. L'iscrizione dell'azienda può avvenire solo a beneficio di una collettività di soggetti individuabile in una o più categorie omogenee di lavoratori e, comunque, senza alcuna selezione del rischio.

## Chi assistiamo

Sono assistibili da FasiOpen le collettività di lavoratori le cui Aziende di appartenenza abbiano perfezionato la propria iscrizione a FasiOpen. L'assistenza può essere estesa, su richiesta e con una contribuzione aggiuntiva, anche ai componenti l'intero nucleo familiare del lavoratore.

Per nucleo familiare assistibile, si intende:

- 1.** il coniuge ed il convivente di fatto del lavoratore;
- 2.** i figli fino al 18° anno d'età, purché fiscalmente a carico del lavoratore;
- 3.** i figli fino al 21° anno d'età, purché fiscal-

mente a carico e in corso di studi pre universitario o facoltà universitaria;

**4.** i figli fino al 26° anno d'età, purché fiscalmente a carico e per la durata legale del corso di studi universitario;

**5.** i figli, senza limite di età, se totalmente inabili con una percentuale di inabilità almeno del 67%, comprovata da certificazione rilasciata dagli uffici competenti.

L'assistenza al nucleo familiare viene erogata finché permane l'adesione del lavoratore a FasiOpen.

## Prestazioni eseguite in “Forma Indiretta”

### **Come chiedere il Rimborso**

Per ottenere il rimborso in forma indiretta da FasiOpen delle spese sanitarie saldate direttamente dall'assistito, nei limiti previsti dal proprio Piano Sanitario, è indispensabile allegare al Modulo di “Richiesta di Rimborso Spese Sanitarie” – scaricabile anche dal sito [www.fasiopen.it](http://www.fasiopen.it) - la documentazione di spesa in copia fotostatica. Il Rimborso sarà riconosciuto all'assistito principale mediante bonifico bancario utilizzando le coordinate bancarie comunicate dall'Azienda di appartenenza. Sarà quindi indispensabile verificare, accedendo alla propria home page personale (tramite password individuale e codice personale) la correttezza dei dati in possesso di FasiOpen.

Nel caso non sia possibile effettuare il bonifico, si procederà al Rimborso tramite assegno circolare di traenza, che viaggerà a rischio e pericolo dell'assistito. Le richieste di Rimborso debbono essere inviate online o alla Sede Operativa di FasiOpen, Viale Beethoven, 11 - 00144 Roma.

### **Termini di presentazione**

Il Modulo dovrà essere compilato in ogni sua parte seguendo le istruzioni presenti nel Modulo stesso e trasmesso a FasiOpen – preferibilmente con raccomandata semplice – entro e non oltre tre mesi dalla data di emissione dei documenti di spesa per i quali si richiede il Rimborso (art. 13 del vigente Regolamento). Ad esempio: le fatture/ricevute rilasciate il 1° gennaio dovranno essere inviate entro e non oltre 1° aprile dello stesso anno. Le fatture inviate oltre i termini sopra riportati saranno respinte.

### **Spese imputabili a responsabilità di terzi**

Nel caso di evento dipendente da responsabilità di terzi, come previsto dall'articolo 13 del vigente Regolamento, l'erogazione delle prestazioni è subordinata all'invio da parte dell'assistito di due certificazioni, i cui testi verranno trasmessi all'occasione da FasiOpen (scaricabili anche dal sito Internet [www.fasiopen.it](http://www.fasiopen.it)), con le quali l'interessato si assume



## Prestazioni eseguite in “Forma Indiretta”

l’obbligo di versare al Fondo, fino a concorrenza delle prestazioni stesse, la somma da chiunque ricevuta a titolo di risarcimento, a qualsiasi danno essa sia stata imputata, entro 30 giorni dal ricevimento della somma stessa.

### **Cartelle cliniche e certificazioni mediche**

La documentazione esplicativa da trasmettere unitamente ai giustificativi di spesa per poter procedere alla liquidazione, è riportata in dettaglio in ogni Garanzia (vedi capitoli successivi).

### **Odontoiatria**

Il Rimborso è previsto solo in “Forma Diretta”

### **Prestazioni non rimborsabili**

Al fine di evitare rallentamenti delle procedure di liquidazione, Vi invitiamo a non trasmettere giustificativi di spese relative a prestazioni non previste da FasiOpen, (ad esempio:

psicoterapia, cure ed interventi di estetica, ecc...) come riportato nell’elenco delle “prestazioni non coperte da FasiOpen”. Allo stesso modo, non devono essere trasmessi giustificativi di spese relative a prestazioni non ricomprese nel Piano Sanitario prescelto.

### **Fotocopie delle fatture/ricevute**

Non essendo prevista la restituzione dei giustificativi di spesa rimborsati e non potendo rilasciare copie dei documenti di spesa inviati, consigliamo di fotocopiare preventivamente le fatture/ricevute inviate a FasiOpen che si impegna, comunque, a restituirli qualora dovessero essere richiesti dagli Uffici Finanziari in sede di accertamento della dichiarazione dei redditi.

### **Centrale Informativa**

A disposizione degli assistiti vi è la Centrale Informativa di FasiOpen al numero verde 800 085 502 operativa dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 17.00 con orario continuato.

## Prestazioni eseguite in “Forma Diretta”

Tutte le Strutture Sanitarie convenzionate in “Forma Diretta” (Case di Cura, Day Hospital, Day Surgery, Centri di Fisioterapia, Poliambulatori Diagnostici, Ospedali, Policlinici Universitari, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Studi Odontoiatrici) sono collegate telematicamente con FasiOpen. Il collegamento permette alle Strutture Sanitarie di ricevere l'autorizzazione alle prestazioni richieste **in tempo reale 24 ore al giorno per 365 giorni l'anno**, sempre nel rispetto delle condizioni previste dal Piano Sanitario prescelto, nonché delle specifiche e **più favorevoli condizioni tariffarie** concordate con le Strutture Sanitarie stesse a vantaggio degli assistiti.

Il collegamento diretto tra le Strutture Sanitarie e FasiOpen è possibile per tutte le prestazioni che le Strutture e i loro medici chirurghi offrono in “Forma Diretta”. Per eventuali prestazioni non eseguibili in “Forma Diretta” nell'ambito delle stesse Strutture Sanitarie convenzionate, il collegamento con FasiOpen e quindi la contestuale ed immediata autorizzazione alle prestazioni non potranno essere effettuati.

In questo caso, le prestazioni potranno essere eseguite solamente in “Forma Indiretta”, ovvero con pagamento delle spese da parte degli assistiti, i quali dovranno richiedere a FasiOpen il relativo Rimborso secondo il Piano Sanitario prescelto. La procedura è uguale a quella per le prestazioni usufruite presso Strutture Sanitarie non convenzionate: è necessario presentare **la documentazione di spesa in copia fotostatica** accompagnata dalla **documentazione sanitaria richiesta**.

Nell'**Elenco delle Strutture Sanitarie** convenzionate non sono espone le condizioni tariffarie concordate tra FasiOpen e le Strutture stesse, in quanto numericamente elevate e di non agevole lettura. È comunque a disposizione degli assistiti la **Centrale Informativa** di FasiOpen (**Numero Verde 800 085 502** dalle ore 09.00 alle ore 17.00 con orario continuato, dal lunedì al venerdì) che fornirà informazioni su tutte le tipologie di Strutture Sanitarie convenzionate, sulle branche della medicina e chirurgia eseguibili in “Forma Diretta”, su quelle che non rientrano negli accordi di convenzione diretta e sui medici/chirurghi/odontoiatri convenzionati.

## Validità delle Autorizzazioni al Rimborso in “Forma Diretta”

### IMPORTANTE

I Ricoveri in convenzione diretta sono autorizzabili:

- per un massimo di 12 giorni, se effettuati in reparti di Medicina;
- per un massimo di 8 giorni per quelli conseguenti ad intervento chirurgico.

Se, per motivi esclusivamente medici, si rendesse necessario prolungare la permanenza nella Struttura Sanitaria convenzionata in

“Forma Diretta”, la Struttura stessa dovrà richiedere a FasiOpen una **Estensione** dell'autorizzazione al ricovero, motivandola con una **certificazione** rilasciata dal medico curante. Tale richiesta sarà sottoposta all'esame dei medici consulenti del Fondo per una verifica di merito: nel caso in cui FasiOpen non accolga la richiesta di **Estensione** del periodo di Ricovero, le spese sanitarie relative saranno a completo carico dell'assistito.

# Utilizzo delle Strutture Sanitarie convenzionate

Si riportano di seguito le modalità e le regole che gli assistiti debbono seguire per accedere alle Strutture Sanitarie convenzionate ed usufruire della “Forma Diretta”. Gli assistiti che desiderano usufruire degli accordi diretti devono comprovare la loro appartenenza a FasiOpen presso l’ufficio preposto delle Strutture Sanitarie convenzionate mostrando:

- la Tessera di Iscrizione (intestata sempre al titolare della posizione);
- un documento di riconoscimento (per i minori, di chi ne fa le veci).

Vi consigliamo di richiedere agli stessi uffici tutte le informazioni necessarie per un corretto utilizzo della convenzione, così da evitare eventuali malintesi.

Accertata in tempo reale l’applicabilità della “Forma Diretta”, attraverso il collegamento telematico con FasiOpen, le Strutture Sanitarie si impegnano ad anticipare le spese sostenute dagli assistiti presso le stesse, nei limiti previsti dal Piano Sanitario prescelto dall’assistito. FasiOpen, in nome e per conto dei propri assistiti, salderà quanto dovuto.

È bene ricordare che non tutti i medici-chirurghi che operano nelle suddette Strutture Sanitarie hanno accettato gli accordi stipulati con FasiOpen. In questi casi non è possibile applicare la “Forma Diretta”: gli assistiti dovranno saldare in proprio le relative spese e richiedere successivamente il Rimborso a FasiOpen, secondo le procedure previste dalla “Forma Indiretta”. Questo potrebbe accadere anche nell’ambito di un Ricovero medico o chirurgico: per esempio, nel caso in cui siano convenzionati tutti i soggetti dell’équipe medica tranne il medico istologo, che non ha accettato la convenzione diretta.

Alcune Strutture Sanitarie non possono praticare la “Forma Diretta” per le Visite Specialistiche e/o per alcuni Accertamenti Diagnostici: anche in questo caso gli assistiti devono saldare in proprio le relative spese. È anche possibile che in certi periodi alcune

Strutture Sanitarie non possano più offrire determinate prestazioni in “Forma Diretta”.

Le fatture/ricevute sanitarie emesse per qualsiasi prestazione fruita presso le Strutture Sanitarie convenzionate in “Forma Diretta” saranno spedite in copia conforme a FasiOpen dalle stesse Strutture, mentre l’originale sarà consegnato all’assistito.

Gli assistiti devono sempre richiedere alle Strutture Sanitarie l’originale delle fatture / ricevute sanitarie riferite alle spese che salderà il Fondo e di quelle pagate in proprio, utili per gli usi consentiti dalle normative fiscali vigenti. È importante pertanto richiedere gli originali direttamente alle Strutture Sanitarie, perché FasiOpen non può soddisfare l’eventuale richiesta di invio di tale documentazione.

Al momento delle dimissioni o al termine delle prestazioni ambulatoriali fruita è necessario sottoscrivere l’apposito Modulo, predisposto da FasiOpen e in possesso delle Strutture Sanitarie convenzionate, attraverso il quale l’assistito che ha richiesto ed usufruito delle prestazioni:

- autorizza le Strutture Sanitarie a recuperare le somme dalle stesse anticipate in suo favore;
- scioglie dal segreto professionale (nei confronti di FasiOpen) i medici che lo hanno tenuto in cura;
- dichiara di aver saldato qualsiasi eccedenza a suo carico di cui, sulla base del Piano Sanitario prescelto, non ha diritto al Rimborso da parte di FasiOpen;
- si impegna, a norma di quanto previsto dall’articolo 13 del Regolamento, a rimborsare a FasiOpen, fino alla concorrenza di quanto pagato dal Fondo in suo nome, eventuali somme ricevute da terzi a titolo di risarcimento qualora la spesa si riferisca ad eventi dipendenti da responsabilità di terzi;
- concede il “consenso” al trattamento dei dati personali, comuni e sensibili, così come previsto dalla legge 196/03 sulla Privacy e successive integrazioni e/o modifiche.

## Come usufruire del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale

Il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) ed i Servizi Sanitari Regionali (S.S.R.) riconoscono il diritto del cittadino alla “libera scelta” della Struttura Sanitaria ove si desidera fruire delle prestazioni sanitarie. La legge prevede che il cittadino, munito della “ricetta/richiesta” del proprio medico di base (generico), possa scegliere dove eseguire le prestazioni senza doversi far autorizzare dalla propria AUSL (Azienda Unità Sanitaria Locale). In concreto, ha il diritto di scegliere tra la Struttura Sanitaria pubblica e la Struttura Sanitaria privata accreditata (convenzionata con il S.S.N./ S.S.R.).

La legge è valida per qualsiasi tipologia di prestazione sanitaria, sia ambulatoriale sia in forma di ricovero. Per esempio: in Italia quasi tutti i Laboratori di Analisi, i Gabinetti Radiologici, i Centri di Fisiokinesiterapia, i Centri di Medicina Nucleare (Scintigrafia) sono accreditati (convenzionati) con il S.S.N./S.S.R. È dunque possibile accedere con la prescrizione del proprio medico generico di base e chiedere, per tutte le prestazioni riconosciute, di usufruire del Sistema Sanitario Regiona-

le oppure, per le prestazioni non riconosciute, richiedere l'applicazione degli accordi tariffari concordati con FasiOpen o ancora, in rari casi, delle tariffe private della Struttura Sanitaria, se più convenienti.

Il diritto alla “libera scelta” attraverso la ricetta/richiesta del proprio medico generico di base può essere esercitato anche presso le Case di Cura private accreditate (convenzionate) con il S.S.N./S.S.R., senza alcun bisogno dell'autorizzazione della AUSL. Secondo le leggi regionali vigenti si potranno richiedere servizi integrativi, come il **Maggior Comfort Alberghiero** e la scelta del medico-chirurgo curante. I costi per servizi/prestazioni di tipo privatistico, anche se svolti in ambito di Strutture Sanitarie accreditate pubbliche o private, saranno rimborsati nei limiti previsti dal Piano Sanitario prescelto.

Se si pagano contemporaneamente ticket e prestazioni private, e tali spese compaiono sulla stessa ricevuta sanitaria, bisogna richiedere alla Struttura Sanitaria di indicare quale importo è riferito al solo ticket.

## Piano Sanitario “A+”

### Dettaglio garanzie incluse

## AI - Ricovero in Istituto di Cura a seguito di malattia ed infortunio per grande intervento chirurgico

### Ricoveri

Il Rimborso può essere ottenuto sia in “forma diretta” che in “forma indiretta”.

Il Rimborso in “forma diretta” si effettua nelle Strutture Sanitarie convenzionate con FasiOpen, presso le quali l’assistito non anticipa spese fino alla concorrenza dei limiti di Rimborso previsti dal proprio Piano Sanitario. Questa forma di Rimborso è possibile solo quando sia la Struttura Sanitaria che il medico-chirurgo-odontoiatra scelto sono convenzionati con FasiOpen\*.

Per ottenere il Rimborso in “forma indiretta” è indispensabile inviare a FasiOpen il Modulo di Richiesta di Rimborso insieme alla documentazione di spesa in copia fotostatica che attesti inequivocabilmente l’avvenuto pagamento delle prestazioni mediche. È necessario allegare copia della cartella clinica e utilizzare un Modulo per ogni familiare.

La Garanzia è applicata con i limiti ed alle condizioni previste da ciascun Piano Sanitario prescelto, come riportato nelle pagine successive.

Sono esclusi i Rimborsi previsti dalla Garanzia A7 - Maternità.

Descrizione	Condizioni di rimborso previste
Retta di degenza	fino a €300 a notte in "forma indiretta"
Retta di accompagnamento	fino a €50 al giorno - max 30 giorni per ricovero in "forma indiretta"
Assistenza infermieristica	fino a €60 al giorno - max 30 giorni per ricovero diretta o indiretta
Sala operatoria	
Medicinali, materiali e protesi	Rimborsabile nei limiti del massimale
Visite specialistiche intraricovero	
Diagnostica intraricovero	
Quota Rimborso	100%
Massimo rimborso per evento	In forma diretta: illimitato In forma indiretta: € 45.000
Massimo Rimborso per anno e per assistito	In forma diretta: illimitato In forma indiretta: € 45.000
Per ricoveri per grandi interventi chirurgici	

# Piano Sanitario “A+”

## Dettaglio garanzie incluse

**Per assistito si intende il lavoratore e ciascun componente il nucleo familiare.**

\*Per informazioni più dettagliate in merito ai Rimborsi previsti in “forma diretta” si invitano gli assistiti a prendere attenta visione di quanto riportato al Capitolo “Prestazioni eseguite in forma diretta” a pag. 10.

### Elenco grandi interventi chirurgici

Interventi unicamente per patologie oncologiche maligne

- Esofago, stomaco e duodeno (esclusa la via endoscopica)
- Cavo orale, faringe, laringe
- Pancreas, fegato, reni
- Inerenti la branca di neurochirurgia
- Tiroide
- Paratiroidi
- Resezione gastrica e/o gastrectomia totale od allargata
- Colectomia totale
- Ano e/o retto (esclusa la via endoscopica)
- Mammella (escluse le protesi)
- Polmone
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni

### Altri grandi interventi chirurgici

- Qualsiasi trapianto di organo
- Interventi di cardiocirurgia a cuore aperto
- Trasferimento di lembo libero microvascolare per ustioni estese
- Reimpianto di arti - interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
- Appendicectomia con peritonite diffusa
- Aorta per aneurismi dissecanti
- Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma

## A2 - Accertamenti Diagnostici e Visite Specialistiche Pre Ricovero per grande intervento chirurgico

Da documentare con richiesta medica con descrizione dell'intervento da eseguire.

Le prestazioni suddette possono essere svolte unicamente in "forma indiretta" (rimborsi all'assistito).

Sono escluse dal Rimborso le visite odontoiatriche, psicoterapiche, di medicina estetica etc. (per l'elenco completo delle prestazioni escluse si veda pag. 30).

Descrizione	Condizioni di rimborso previste
Accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuate nei 120 giorni precedenti l'inizio di un ricovero per grande intervento chirurgico necessario per patologie oncologiche maligne.	Massimo rimborso annuo per assistito fino a €900

### Elenco grandi interventi chirurgici

Interventi unicamente per patologie oncologiche maligne

- Esofago, stomaco e duodeno (esclusa la via endoscopica)
- Cavo orale, faringe, laringe
- Pancreas, fegato, reni
- Inerenti la branca di neurochirurgia
- Tiroide
- Paratiroidi
- Resezione gastrica e/o gastrectomia totale od allargata
- Colectomia totale
- Ano e/o retto (esclusa la via endoscopica)
- Mammella (escluse le protesi)
- Polmone
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni

### Altri grandi interventi chirurgici

Qualsiasi trapianto di organo, Interventi di cardiocirurgia a cuore aperto, Trasferimento di lembo libero microvascolare per ustioni estese, Reimpianto di arti - interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma, Appendicectomia con peritonite diffusa, Aorta per aneurismi dissecanti, Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma.

Per assistito si intende il lavoratore e ciascun componente il nucleo familiare.



# Piano Sanitario "A+"

## Dettaglio garanzie incluse

### A3 - Accertamenti Diagnostici, Visite Specialistiche e Terapie Post Ricovero per grande intervento chirurgico

Da documentare allegando la copia della cartella clinica.

Le prestazioni suddette possono essere svolte unicamente in "forma indiretta" (rimborsi all'assistito).

Sono escluse dal Rimborso le visite odontoiatriche, psicoterapiche, di medicina estetica etc. (per l'elenco completo delle prestazioni escluse si veda pag. 30).

Descrizione	Condizioni di rimborso previste
Accertamenti diagnostici, visite specialistiche e terapie di controllo e trattamenti fisioterapici o riabilitativi ambulatoriali, effettuati nei 120 giorni successivi alla data di dimissioni di un ricovero per grande intervento chirurgico per patologie oncologiche maligne.	Fino a € 1.000 per ricovero

#### Elenco grandi interventi chirurgici

Interventi unicamente per patologie oncologiche maligne

- Esofago, stomaco e duodeno (esclusa la via endoscopica)
- Cavo orale, faringe, laringe
- Pancreas, fegato, reni
- Inerenti la branca di neurochirurgia
- Tiroide
- Paratiroidi
- Resezione gastrica e/o gastrectomia totale od allargata
- Colectomia totale
- Ano e/o retto (esclusa la via endoscopica)
- Mammella (escluse le protesi)
- Polmone
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni

#### Altri grandi interventi chirurgici

Qualsiasi trapianto di organo, Interventi di cardiocirurgia a cuore aperto, Trasferimento di lembo libero microvascolare per ustioni estese, Reimpianto di arti - interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma, Appendicectomia con peritonite diffusa, Aorta per aneurismi dissecanti, Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma.

Per assistito si intende il lavoratore e ciascun componente il nucleo familiare.

## Piano Sanitario “A+”

### Dettaglio garanzie incluse

#### A4 - Diagnostica/Terapie di alta specializzazione

Alla documentazione di spesa dovrà essere allegata la prescrizione del medico curante in cui risulti la diagnosi certa o presunta per la quale si devono eseguire gli accertamenti diagnostici. È inoltre necessaria la copia del referto dell'esame eseguito.

È possibile usufruire della rete delle Strutture Sanitarie convenzionate da FasiOpen, presso le quali l'assistito non anticipa spese fino alla concorrenza dei limiti di rimborso sotto descritti.

Descrizione	Condizioni di rimborso previste
Risonanza Magnetica Nucleare	Quota di Rimborso 60%
Tomografia Assiale Computerizzata	Minimo non indennizzabile, per ciascuna Prestazione € 60
Medicina Nucleare (Scintigrafia)	Massimo rimborso per anno per assistito € 10.000
Angiografia	
Tomografia (stratigrafia) di organi o apparati	
Radiologia Tradizionale (solo con contrasto)	
Chemioterapia ambulatoriale	
Radioterapia ambulatoriale	
Diagnostica Neurologica (EEG e/o EMG)	
Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica	

## Piano Sanitario “A+”

### Dettaglio garanzie incluse

#### A5 - Visite Specialistiche ambulatoriali

Per usufruire del Rimborso dalla documentazione di spesa trasmessa dovrà risultare inequivocabilmente il titolo di specializzazione del medico chirurgo che ha eseguito la prestazione.

È possibile usufruire della rete delle Strutture Sanitarie convenzionate da FasiOpen, presso le quali l'assistito non anticipa spese fino alla concorrenza dei limiti di rimborso sotto descritti.

Sono escluse dal Rimborso le visite odontoiatriche, psicoterapiche, di Medicina estetica, ecc... (per l'elenco completo delle prestazioni escluse si veda pag. 30).

Descrizione	Condizioni di rimborso previste
Visite specialistiche ambulatoriali fruite al di fuori dei 120 giorni che precedono l'inizio o seguono le dimissioni da un ricovero per grande intervento chirurgico (vedi elenco pag. 15).	Forma Indiretta Quota di Rimborso 60% Minimo non indennizzabile per visita € 60 Massimo rimborsabile per visita € 55  Forma diretta Quota di rimborso 100%  Massimo rimborso per anno per assistito in forma diretta/indiretta € 350

## A6.1 - Ticket per prestazioni sanitarie fruito presso Strutture Sanitarie pubbliche o private accreditate

Ticket Sanitari per Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche.

È necessario allegare la fotocopia della prescrizione del medico curante oltre alla documentazione di spesa in copia fotostatica.

Sono esclusi dal Rimborso i ticket per cure termali, per medicinali e per le prestazioni escluse dal Piano Sanitario prescelto (per l'elenco completo delle prestazioni escluse si veda pag. 28).

FasiOpen non rimborsa la quota aggiuntiva di ticket introdotta dalla legge 15.7.2011, n°111 in materia di compartecipazione alla spesa sanitaria.

Descrizione	Condizioni di rimborso previste
Ticket	Quota di Rimborso 100% Massimo rimborso per anno per assistito € 400

## A6.2 - Maggior Comfort alberghiero in Ricoveri per grande intervento chirurgico nel Servizio Sanitario Nazionale

Oltre a copia della documentazione di spesa, è indispensabile allegare copia della cartella clinica. La scelta non è operante se l'assistito richiede al Fondo un Rimborso per qualsiasi tipologia di prestazione sanitaria inerente il ricovero stesso, come ad esempio il Rimborso per la prestazione di un medico che opera in Intramuraria.

La Garanzia si applica solo se è stata operata questa singola scelta, nei limiti e alle condizioni previste da ogni Piano Sanitario. In caso siano state operate entrambe le scelte, si applicano le condizioni descritte nelle Garanzie Ricoveri.

Descrizione	Condizioni di rimborso previste
Maggior comfort alberghiero nel S.S.N. (solo se operata questa singola scelta ed esclusa attività libero professionale in intramuraria; in caso siano state operate entrambe le scelte, si applicano le condizioni descritte nei grandi interventi chirurgici - vedi elenco a pag 15)	Quota di Rimborso a notte fino a € 150 per max 20 notti Massimo rimborsabile €2.000

Per assistito si intende il lavoratore e ciascun componente il nucleo familiare.

# Piano Sanitario “A+”

## Dettaglio garanzie incluse

### A7 - Pacchetto Maternità

È possibile usufruire della rete delle Strutture Sanitarie convenzionate da FasiOpen, presso le quali l'assistito non anticipa spese fino alla concorrenza dei limiti di Rimborso sotto descritti.

Per usufruire dei Rimborsi è sempre indispensabile allegare una certificazione rilasciata dal medico curante che attesti lo stato di gravidanza dell'assistita.

Per le Analisi Cliniche (se previste dal Piano Sanitario) è indispensabile trasmettere insieme alla documentazione di spesa in copia fotostatica, anche la prescrizione del medico curante riferita ad esami eseguiti per lo stato di gravidanza. All'interno della presente Garanzia, non è possibile il Rimborso delle spese sostenute per Esami e/o Accertamenti Diagnostici non riferiti alla gravidanza.

Descrizione	Condizioni di rimborso previste
	Massimo rimborsabile € 500 (esclusa indennità ricovero parto)
Ecografie Massimo 3 per gravidanza	Quota di Rimborso in forma diretta 100%  Forma indiretta fino a €150 per ecografia
Sca-Test anche in "forma indiretta" Massimo 1 per gravidanza	Fino a € 200 (alternativo alle ecografie)
Raccolta/Conservazione Staminali	Massimo € 200
Indennità Ricovero Parto (se non richiesto rimborso di alcun genere a FasiOpen).	Quota di rimborso: per notte € 40 Massimo 10 notti

Per assistito si intende il lavoratore e ciascun componente il nucleo familiare.

# Piano Sanitario “A+”

## Dettaglio garanzie incluse

### A8 - Prevenzione Cardiovascolare e Oncologica

#### Uomo

Le prestazioni riferite alla prevenzione Cardiovascolare ed Oncologica sono fruibili presso strutture sanitarie convenzionate con FasiOpen, senza alcuna partecipazione di spesa da parte dell'assistito.

Prestazioni riconoscibili ogni due anni per età superiore a 45 anni (oppure ogni anno, alternando solo cardiovascolare / solo oncologica).

Insieme alla domanda di Rimborso è necessario trasmettere la prescrizione medica e i giustificativi di spesa attestanti l'effettuazione in un'unica soluzione delle sole prestazioni previste dal Piano Sanitario prescelto.

Accertamenti Diagnostici diversi da quelli indicati nella presente Garanzia, rilevabili dai giustificativi di spesa, se non rientrano in un'altra Garanzia prevista dal Piano Sanitario prescelto, non possono essere rimborsati da FasiOpen.

Descrizione	Condizioni di rimborso previste
Emocromocitometrico e morfologico (Hb,GR,GB, piastrine, indici eritrocitari der. F.L.)	Quota di rimborso in forma diretta: 100%
Velocità di sedimentazione delle emazie	Quota di rimborso in forma indiretta:
Glicemia	fino ad un massimo di € 90 per la Prevenzione Cardiovascolare
Azotemia	fino ad un massimo di € 150 per la Prevenzione Oncologica
Creatininemia	
Colesterolo HDL e LDL	
Colesterolo totale o colesterolemia	
Transaminasi glutammico ossalacetica (GOT) e glutammico piruvica (GPT)	
Urine, esame chimico e microscopico completo	
E.C.G. di base	Solo Prevenzione Cardiovascolare
Antigene prostatico specifico (PSA)	Solo Prevenzione Oncologica
Ecografia prostatica e vescicale sovrapubica	

## A9 - Prevenzione Cardiovascolare e Oncologica Donna

Le prestazioni riferite alla prevenzione Cardiovascolare ed Oncologica sono fruibili unicamente presso strutture sanitarie convenzionate con FasiOpen senza alcuna partecipazione di spesa da parte dell'assistito.

Prestazioni riconoscibili ogni due anni per età superiore a 45 anni (oppure ogni anno, alternando solo cardiovascolare / solo oncologica).

Insieme alla domanda di Rimborso è necessario trasmettere la prescrizione medica e i giustificativi di spesa attestanti l'effettuazione in un'unica soluzione delle sole prestazioni previste dal Piano Sanitario prescelto.

Accertamenti Diagnostici diversi da quelli indicati nella presente Garanzia, rilevabili dai giustificativi di spesa, se non rientrano in un'altra Garanzia prevista dal Piano Sanitario prescelto, non possono essere rimborsati da FasiOpen.

Descrizione	Condizioni di rimborso previste
Emocromocitometrico e morfologico (Hb,GR,GB, piastrine, indici eritrocitari der. F.L.)	Quota di rimborso in "forma diretta": 100%
Velocità di sedimentazione delle emazie	Quota di rimborso in "forma indiretta": fino ad un massimo di €90 per la Prevenzione Cardiovascolare
Glicemia	
Azotemia	fino ad un massimo di €200 per la Prevenzione Oncologica
Creatininemia	
Colesterolo HDL e LDL	
Colesterolo totale o colesterolemia	
Transaminasi glutammico ossalacetica (GOT) e glutammico piruvica (GPT)	
Urine, esame chimico e microscopico completo	
E.C.G. di base	Solo Prevenzione Cardiovascolare
Citologico per diagnostica tumorale (Pap Test) o citologico endocervicale - più striscio batteriologico vaginale	Solo Prevenzione Oncologica
Mammografia bilaterale	

# Piano Sanitario “A+”

## Dettaglio garanzie incluse

### A10 - Odontoiatria

Le prestazioni odontoiatriche sono fruibili esclusivamente presso le strutture sanitarie odontoiatriche convenzionate in “forma diretta” con FasiOpen.

Per attivare la Garanzia ci si dovrà rivolgere agli Studi e/o Società Odontoiatriche riportate nell’apposito Elenco delle Strutture Convenzionate in “forma diretta” con FasiOpen, consultabile sul sito [www.fasiopen.it](http://www.fasiopen.it). La richiesta di Rimborso, con tutti gli adempimenti amministrativi, sarà trasmessa a FasiOpen direttamente dalla Struttura Sanitaria prescelta e all’assistito verrà richiesto il saldo solo della quota prevista a proprio carico.

#### **Impianti e relative corone**

Le prestazioni relative alla presente garanzia, come per tutte le altre prestazioni odontoiatriche previste dal Piano Sanitario A+, possono essere fruite esclusivamente in forma diretta, ovvero, solo se eseguite presso una Struttura Sanitaria convenzionata direttamente con FasiOpen.

La garanzia si intende omnicomprensiva di chirurgia implantare, vite osteointegrata, mesostruttura di ricostruzione su impianto e relativa riabilitazione definitiva con corone protesica (indipendentemente dal materiale utilizzato dal laboratorio odontotecnico per la realizzazione del manufatto protesico), sempre nel rispetto dei limiti annui previsti.

Si precisa che la vite osteointegrata è rimborsabile una sola volta nella vita ed è rimborsabile un solo impianto osteointegrato per sede dentaria, mentre la relativa corona protesica definitiva (posizionata su un impianto liquidato dal Fondo) è rimborsabile una volta ogni 5 anni sempre nei limiti previsti per la prestazione all’interno dello scaglionamento del massimale. La richiesta della corona protesica definitiva non può essere effettuata separatamente dal relativo pilastro impiantare, a meno che non si tratti di sostituzione (allo scadere dei limiti temporali) della protesi precedentemente rimborsata dal Fondo.

Non sono rimborsabili prestazioni protesiche al di fuori di quelle previste dalla garanzia e comunque prestazioni protesiche in sedi riabilite con impianti preesistenti e/o non rimborsate dal FasiOpen. Non è altresì prevista la compartecipazione economica del Fondo per le corone protesiche provvisorie su impianti osteointegrati oggetto della presente garanzia; mini impianti ortodontici; prestazioni implanto-protesiche eseguite in sostituzione di elementi soprannumerari o per la riabilitazione di diastemi o comunque di maggiori spazi esistenti tra le sedi dentarie; la mesostruttura di ricostruzione su impianti e la chirurgia implantare al di fuori delle voci omnicomprensive, ovvero, non è previsto il rimborso di tali prestazioni come voci a se stanti.

#### **DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA DA PRESENTARE PER ACCEDERE AL RIMBORSO (“OBBLIGHI”)**

Gli “obblighi”, indicano quali esami diagnostici e/o certificazioni devono essere necessariamente prodotti al Fondo e senza i quali le prestazioni potrebbero non essere riconosciute come rimborsabili dal FasiOpen. In associazione alla copia della documentazione di spesa è necessario allegare alla richiesta di rimborso:

- a) Documentazione radiografica pre cure (ortopantomica – rx endorale – bite wings – dentascan o tomografia a fascio conico), ovvero eseguita, come previsto dai protocolli medico-odontoiatrici, prima del posizionamento della fixture (relativamente alle prestazioni di “impianti e corone”) e prima dell’estrazione dell’elemento dentario naturale (relativamente alle prestazioni di “Estrazione in inclusione ossea di elemento dentario” e “Estrazione di terzo molare in disodontiasi”). Come documentazione pre cure non vengono considerate valide: fotografie intraorali; diapositive; documentazione radiografica antecedente l’anno di attivazione della copertura.
- b) Documentazione radiografica post cure (ortopantomica – rx endorale – bite wings – dentascan o tomografia a fascio conico) ovvero, documentazione radiografica che mostri l’impianto osteointegrato riabilitato con corona protesica definitiva.



# Piano Sanitario “A+”

## Dettaglio garanzie incluse

### A10 - Odontoiatria segue

In alternativa, solo nel caso di documentazione post terapia, è possibile fornire una delle seguenti opzioni:

- rx endorale e/o bite wings che mostri il posizionamento della fixture e fotografia intraorale, che mostri la corona protesica definitiva cementata sull'impianto in oggetto;
- fotografia intraorale che mostri chiaramente la “vite di guarigione”, prima della protesizzazione e fotografia intraorale che mostri l'avvenuta cementazione della corona protesica definitiva.

Il Fondo si riserva di richiedere documentazione aggiuntiva qualora quella inoltrata non venisse ritenuta sufficiente.

Descrizione	Condizioni di rimborso previste
Visita specialistica odontoiatrica con eventuale piano di cure	1 volta l'anno Nessuna partecipazione alla spesa da parte dell'assistito
Igiene orale: Detartrasi	Massimo 2 volte l'anno Partecipazione alla spesa da parte dell'assistito € 10 per ogni detartrasi
Conservativa: otturazione di qualsiasi classe e materiale	Massimo 1 volta ogni 3 anni per elemento dentario indep. dalla classe o materiale. Partecipazione alla spesa da parte dell'assistito € 40 per ogni otturazione
Estrazione in inclusione ossea di elemento dentario o Estrazione terzo molare in disodontiasi di elemento dentario	Rimborso mai ripetibile sullo stesso elemento dentario Partecipazione alla spesa da parte dell'assistito per ogni estrazione € 40
Impianti e relative corone	Massimo rimborso per anno per assistito € 1.500 con limite di € 500 per singola sede dentaria riabilitata con la seguente ripartizione: €400 per impianto osteointegrato ed €100 per la relativa corona protesica definitiva

### AI I - Indennità sostitutiva per ricoveri conseguenti a grande intervento chirurgico con degenza notturna

Per ottenere il rimborso, è indispensabile allegare al Modulo di Richiesta di Rimborso la copia integrale della cartella clinica. All'interno del modulo si dovrà indicare in modo inequivocabile che si intende richiedere il rimborso per la sola “Indennità sostitutiva”.

Quando non è richiesto a FasiOpen alcun rimborso in riferimento al ricovero per intervento chirurgico secondo il Piano Sanitario prescelto, per maggior comfort alberghiero, né per la diagnostica, terapie e visite specialistiche pre e post ricovero.

Descrizione	Condizioni di rimborso previste
Indennità sostitutiva per ricoveri conseguenti a grandi interventi chirurgici (vedi elenco)	Quota riconosciuta € 100 per ogni notte di ricovero.  Massimo 150 notti di ricovero per anno.

#### Elenco grandi interventi chirurgici

Interventi unicamente per patologie oncologiche maligne

- Esofago, stomaco e duodeno (esclusa la via endoscopica)
- Cavo orale, faringe, laringe
- Pancreas, fegato, reni
- Inerenti la branca di neurochirurgia
- Tiroide
- Paratiroidi
- Resezione gastrica e/o gastrectomia totale od allargata
- Colectomia totale
- Ano e/o retto (esclusa la via endoscopica)
- Mammella (escluse le protesi)
- Polmone
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni

#### Altri grandi interventi chirurgici

- Qualsiasi trapianto di organo
- Interventi di cardiocirurgia a cuore aperto
- Trasferimento di lembo libero microvascolare per ustioni estese
- Reimpianto di arti - interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
- Appendicectomia con peritonite diffusa
- Aorta per aneurismi dissecanti
- Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma

Per assistito si intende il lavoratore e ciascun componente il nucleo familiare.

# Piano Sanitario “A+”

## Dettaglio garanzie incluse

### A12 - Protezione Neonati

È possibile usufruire della rete delle Strutture Sanitarie convenzionate da FasiOpen, presso le quali l'assistito non anticipa spese fino alla concorrenza dei limiti di rimborso sotto descritti.

Fino al compimento del primo anno di età del bambino, purché presente nel nucleo familiare assistibile.

Solo per grandi interventi chirurgici per la correzione di malformazioni congenite.

Descrizione	Condizioni di rimborso previste
Grandi interventi chirurgici per la correzione di malformazioni congenite	Quota di rimborso 100% Massimo rimborsabile per anno: €25.000

### A13 - Trasporto in Autoambulanza

Trasporto in autoambulanza per gravi patologie, quando l'assistito è intrasportabile con mezzi propri, dal proprio domicilio ad un istituto di cura e viceversa.

Limitato esclusivamente al territorio nazionale.

Unico mezzo di trasporto deve intendersi la autoambulanza. Per Ricovero, si intende la permanenza con degenza notturna in Casa di Cura od Ospedale. La Garanzia non può essere attivata se il trasporto è effettuato per terapie continuative quali Chemioterapia, Dialisi, Fisioterapia, ecc.

Per attivare la presente Garanzia, è indispensabile allegare al Modulo di Richiesta di Rimborso copia della ricevuta/fattura rilasciata dal Servizio di Ambulanza che ha effettuato il trasporto, dalla quale siano rilevabili:

- gli estremi di chi ha effettuato il trasporto;
- il nominativo dell'assistito che ha usufruito del trasporto;
- la data di effettuazione del trasporto stesso;
- il luogo di partenza e quello di arrivo.

È necessario documentare con apposita certificazione medica lo stato di salute dell'assistito che ha usufruito di tale copertura assistenziale, al fine di verificare l'impossibilità per l'assistito di usufruire di un diverso mezzo di trasporto.

Descrizione	Condizioni di rimborso previste
Trasporto in autoambulanza per gravi patologie, quando l'assistito è intrasportabile con mezzi propri, dal proprio domicilio ad un istituto di cura e viceversa (limitato esclusivamente al territorio nazionale)	Quota di rimborso 100% Minimo non indennizzabile €50 Massimo rimborso per anno per assistito € 1.500

Per assistito si intende il lavoratore e ciascun componente il nucleo familiare.

# Piano Sanitario “A+”

## Dettaglio garanzie incluse

### A14 - Lenti

Le protesi oculistiche devono essere prescritte dal medico oculista e devono essere dirette alla correzione di disturbi del visus o patologie oculari con invio al Fondo della documentazione riportante la correzione del visus.

La prescrizione del medico-chirurgo specialista in oculistica non deve essere precedente a 6 (sei) mesi dalla data di acquisto delle predette protesi.

Sarà necessario allegare, alla richiesta di rimborso, copia della documentazione di spesa fiscalmente valida con i dati dell'acquirente ed il dettaglio degli importi per le singole voci/prestazioni.

La richiesta dovrà essere corredata dalla certificazione di conformità secondo la normativa CEE (non saranno accettate certificazioni tecniche rilasciate dall'ottico e/o optometrista). Il rimborso non potrà essere ripetuto, per il medesimo assistito, prima di 12 (dodici) mesi dalla data della precedente fatturazione.

Sono esclusi dalla presente garanzia, il rimborso per lenti a contatto mono uso, montatura, occhiali o lenti a contatto per fini estetici.

Il rimborso delle lenti per occhiali correttivi e delle lenti a contatto (non mono uso) non sono sovrapponibili per il medesimo assistito.

Descrizione	Condizioni di rimborso previste
Lenti	Minimo non indennizzabile per ciascuna prestazione € 65  Massimo rimborsabile per anno per assistito € 100

# Piano Sanitario “A+”

## Dettaglio garanzie incluse

### A15 – Fisiokinesiterapia

Si specifica che per “Fisiokinesiterapia” si intendono i trattamenti/cure prescritte dal medico di fiducia ed eseguite in Strutture Sanitarie ambulatoriali regolarmente autorizzate dalle Autorità competenti mentre per “Infortunio” si intende un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni obiettivamente constatabili.

Le prestazioni Fisiokinesiterapiche sono “prestazioni sanitarie” svolte da medici chirurghi con titolo di specializzazione in fisioterapia od ortopedia e traumatologia oppure da laureati o diplomati in fisioterapia o diplomi equipollenti regolarmente riconosciuti dalla normativa vigente e dalle autorità competenti. Si ricorda a tal proposito che la qualifica professionale di fisioterapista della riabilitazione non è in possesso, ad esempio, di chinesiologi, massaggiatori estetici e/o sportivi, laureati ISEF/IUSM, operatori shiatsu, laureati in chiropratica, riflessologi, posturologi, naturopati, ecc...

Trattandosi di “prestazioni sanitarie”, sono sempre esenti da IVA, indipendentemente dalla fatturazione che può essere emessa da persone fisiche, società, cooperative, O.N.L.U.S. od altre organizzazioni.

Il rimborso delle spese relative alla fisiokinesiterapia è erogabile nell’ambito del limite massimo di rimborso previsto dalla garanzia annuale per il nucleo familiare assistito, indipendentemente dal tipo, dalla tecnica, dalla strumentazione e da qualsiasi distretto anatomico. Non sono previste deroghe, estensioni e/o esenzioni ai massimali indicati dalla presente garanzia. Il massimale indicato dalla garanzia è omnicomprendivo (materiali d’uso, medicinali, competenze mediche ecc...).

Per accedere al rimborso previsto, è necessario trasmettere, unitamente alla copia delle relative fatture, il dettaglio analitico delle terapie eseguite (tipo delle terapie e numero prestazioni), la prescrizione medica con relativa diagnosi certa della patologia (conseguente ad infortunio) che le ha rese necessarie ed indispensabili, eventuale verbale di pronto soccorso o copia della cartella clinica (se a causa dell’infortunio si è reso necessario un ricovero).

La garanzia è applicabile, nel rispetto dei limiti economici previsti dal piano sanitario, se le prestazioni vengono fruite e fatturate nel corso dei 120 giorni successivi al giorno dell’infortunio.

Descrizione	Condizioni di rimborso previste
Fisiokinesiterapia Solo forma diretta. Solo a seguito di infortunio.	Massimo rimborsabile per anno per assistito €700

### Di seguito sono elencate prestazioni e condizioni escluse da tutti i Piani Sanitari

- Le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di **difetti fisici\*** o di **malformazioni\*\*** preesistenti alla adesione a FasiOpen salvo quanto previsto dalla Garanzia A12 Protezione neonati;
  - la cura delle **malattie mentali** e dei **disturbi psichici** in genere, compresi i comportamenti nevrotici, le visite dello psichiatra, dello psicologo e la psicoterapia;
  - le **protesi dentarie** (fisse e mobili), gli **impianti osteo-integrati**, la **terapia ortodontica**, gli **scheletrati** se non esplicitamente previsto nel Piano Sanitario;
  - le terapie **medico-chirurgiche finalizzate all'estetica** (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano Sanitario);
  - le cure, le terapie, gli interventi e qualsiasi atto chirurgico finalizzati al trattamento dell'**infertilità e/o sterilità maschile e/o femminile** e comunque tutti gli atti finalizzati alla **fecondazione artificiale**;
  - i **Ricoveri in RSA** (Residenze Sanitarie Assistenziali), in **Strutture per lunga degenza**;
  - il trattamento delle malattie conseguenti all'**abuso di alcool e di psicofarmaci**, nonché all'uso non terapeutico di **stupefacenti o di allucinogeni**;
  - le **cure termali**;
  - gli infortuni derivanti dalla **pratica degli sport aerei** in genere o di qualsiasi **sport esercitato professionalmente**;
  - gli infortuni derivanti dalla **partecipazione a corse o gare automobilistiche** non di regolarità pura, **motociclistiche** o **motonautiche** ed alle relative prove ed allenamenti;
  - gli infortuni causati da **azioni dolose compiute dall'assistito**;
  - 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**, salvo le radiazioni provocate dalla Radioterapia;
  - le conseguenze di **guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche**;
  - le **terapie non riconosciute** dalla medicina ufficiale;
  - i **vaccini** ed i **medicinali e/o sostanze** usate per gli **esami allergologici**;
  - **certificazioni mediche per rilascio patente, idoneità pratiche sportive**;
  - **imposta di bollo, diritti di segreteria, diritti amministrativi, spese per magazzino dei medicinali, rilascio della copia della cartella clinica, delle radiografie, dei vhs, dei cd, dei dvd, spese di viaggio**;
  - **emodialisi**;
  - **esami termografici**;
  - **iniezioni sclerosanti**;
  - **medicina legale, medicina del lavoro e medicina dello sport**;
  - **medicinali non somministrati in degenza**;
  - **prestazioni di medicina generica** comprendenti, tra l'altro, visite, iniezioni, fleboclisi, vaccinazioni, certificazioni varie, ecc.;
  - medicina **omeopatica e/o alternativa**;
  - qualsiasi terapia medica svolta in **Day Hospital ed ambulatorialmente**, escluse le terapie oncologiche: chemioterapia, radioterapia e terapia del dolore;
  - ricoveri in **Case di Cura** dedicate al **benessere** della persona;
  - terapie e/o atti chirurgici per **l'impotenza maschile e frigidity femminile**;
  - qualsiasi intervento chirurgico per la **correzione del visus**;
  - visita **radiologica**;
  - visita eseguita da **medico specialista in farmacologia applicata**.
  - visita **senologica**;
- \* 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.

## Informazioni di carattere generale

Nell'applicazione delle Garanzie previste dal Piano Sanitario prescelto, FasiOpen non prevede limitazioni territoriali per le prestazioni fruibili in “Forma Indiretta”: in tutto il mondo valgono le modalità operanti in Italia, con l'eccezione della Garanzia I3 – Trasporto in Ambulanza – valida solo nel territorio nazionale.

### Centrale Informativa

La centrale informativa di FasiOpen è a disposizione degli assistiti per chiarire dubbi interpretativi o per richiedere informazioni di carattere generale. La centrale è attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 17.00 con orario continuato, al Numero Verde **800 085 502**.

### Home Page Personale

Dal sito [www.fasiopen.it](http://www.fasiopen.it), inserendo il codice personale e la password individuale, è possibile accedere a una **Home page personale**.

Da questa pagina è possibile:

- Inviare le richieste di Rimborso online e verificare l'avvenuta ricezione da parte di FasiOpen della richiesta di Rimborso;
- verificare l'esito delle richieste di Rimborso (in tariffazione, liquidata);
- verificare la propria situazione anagrafica;
- stampare la modulistica necessaria (Modulo di Richiesta di Rimborso, Modulo di variazione anagrafica, ecc.);
- modificare e/o rinnovare la propria password;
- stampare i dettagli di liquidazione delle proprie richieste di Rimborso.

## IMPORTANTE

### Massimali di Rimborso

**I Massimali previsti per i rimborsi in “Forma Indiretta” e quelli per la “Forma Diretta” non si sommano fra loro.**

### Imposta di Bollo su Ricevute Mediche

Premesso che:

- per effetto dell'applicazione dell'articolo 13 del DPR n. 642/72 ogni esemplare di fattura, nota, ricevuta, quietanza o simile documento, non soggetta ad IVA, rilasciata per un importo pari o superiore ad €77,48 deve essere assoggettata ad imposta di bollo nella misura attualmente fissata in €200 mediante applicazione, da parte di chi emette il documento di spesa, di marche o bollo a punzone;
- in caso di trasgressione dell'obbligo di cui sopra è prevista una sanzione amministrativa compresa tra il 100% ed il 500% del tributo dovuto;
- sono obbligati in solido al pagamento del tributo e delle eventuali sanzioni amministrative tutte le parti che sottoscrivono, ricevono, accettano o negoziano atti o documenti non in regola con l'assolvimento del tributo, ovvero li allegano ad altri atti o documenti.

Qualora FasiOpen riceva dai propri assistiti, ai fini del Rimborso, atti o documenti privi di marca o bollo a punzone, ai fini dell'esonero da responsabilità amministrativa è obbligato alla presentazione di tali documenti all'Ufficio del Registro.

**Ai fini dell'accettazione della documentazione per il rimborso da parte di FasiOpen, l'assistito deve presentare, a FasiOpen stesso, la fotocopia delle fatture originale regolarmente assoggettate a imposta di bollo, ove previsto, non rimborsabile da FasiOpen.**

## **Assistenza in Forma Diretta**

Rimborso, da parte di FasiOpen alle Strutture Sanitarie con esso convenzionate delle spese dalle stesse anticipate in favore degli assistiti, entro le somme massime ed i limiti esposti nel Piano Sanitario prescelto. La “Forma Diretta” si realizza unicamente quando è convenzionata la Struttura Sanitaria ed il medico-chirurgo-odontoiatra che con la sua équipe ha accettato l'accordo attraverso la Struttura Sanitaria stessa.

## **Assistenza in Forma Indiretta**

FasiOpen rimborsa direttamente agli assistiti le somme a loro spettanti, entro le somme massime ed i limiti previsti dal Piano Sanitario prescelto, previa presentazione della documentazione sanitaria e di spesa completa, necessaria per ottenere i Rimborsi.

## **Consulto**

Visita specialistica effettuata da medico-chirurgo con specializzazione diversa da quella del medico curante durante un ricovero con degenza notturna o diurna, nei casi in cui il medico curante la ritiene necessaria ed indispensabile.

## **Day Hospital**

Struttura Sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni e/o terapie mediche senza ricovero notturno.

## **Day Surgery**

Struttura Sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni e/o terapie chirurgiche senza ricovero notturno.

## **Degenza con ricovero notturno**

Pernottamento in Strutture Sanitarie autorizzate a svolgere terapie mediche e chirurgiche.

## **Degenza con ricovero diurno**

Permanenza per alcune ore, senza pernottamento, in Strutture Sanitarie autorizzate a svolgere terapie mediche e chirurgiche in Day Hospital o Day Surgery.

## **Extra-moenia (o extramuraria)**

Attività libero professionale svolta da medici/chirurghi/odontoiatri dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale o Regionale presso Strutture Sanitarie private.

## **Fisiokinesiterapia**

Trattamenti/cure fisiche prescritte dal medico di fiducia e fruite in Strutture Sanitarie ambulatoriali regolarmente autorizzate o durante un ricovero notturno. Sono “prestazioni sanitarie”, di conseguenza sono sempre esenti dall'IVA, indipendentemente dalla fatturazione, che può essere emessa da persone fisiche, società, cooperative, O.N.L.U.S. od altre organizzazioni. Sono “prestazioni sanitarie” svolte da medici-chirurghi con titolo di specializzazione in fisiatria od ortopedia e traumatologia oppure da laureati o diplomati in fisioterapia o equipollenti come da normative vigenti.

## **Infortunio**

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni obiettivamente constatabili.

## **Intervento chirurgico ambulatoriale**

Intervento chirurgico eseguito senza ricovero diurno presso lo studio del medico-chirurgo o presso l'ambulatorio di una Struttura Sanitaria. Deve essere documentato da apposita certificazione con diagnosi circostanziata ed esatta descrizione dell'intervento eseguito.

## **Intervento chirurgico**

Provvedimento terapeutico che viene attuato con manovre manuali e/o strumentali cruenti in Strutture Sanitarie regolarmente autorizzate per eseguire terapie chirurgiche in Day Surgery o in forma di ricovero notturno. Deve essere documentato dalla cartella clinica completa dell'iter diagnostico-terapeutico e diagnosi all'entrata ed alle dimissioni.

## **Intra-moenia (o intra-muraria)**

Attività libero-professionale svolta dai medici chirurghi-odontoiatri dipendenti del servizio Sanitario Nazionale/Servizio Sanitario Regionale presso Strutture Sanitarie pubbliche o private.



# Piano Sanitario “A+”

## **Malattia**

Ogni riscontrabile e obiettivabile alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. Deve essere documentata da apposita certificazione medica in cui risulti la “diagnosi”.

## **Manu Medica**

Vuole significare che alcune prestazioni sanitarie di Fisiokinesiterapia devono essere eseguite da laureati in medicina e chirurgia, di solito in possesso di titolo di specializzazione in fisioterapia od ortopedia e traumatologia.

## **Medicina Nucleare**

Specialità medica che utilizza i radioisotopi nello studio delle funzioni eventualmente alterate degli organi per la diagnosi e/o cura di varie patologie.

## **Medico di fiducia o medico curante**

Medico-chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, scelto dall'assistito per farsi curare.

## **Medico specialista della Struttura Sanitaria pubblica**

Medico-chirurgo in possesso di titolo di specializzazione che svolge la propria opera professionale in qualità di dipendente del S.S.N./S.S.R. presso una Struttura Sanitaria pubblica (Policlinici Universitari, Ospedali, Istituti di ricovero e cura, AUSL, Consultori familiari ed altre Strutture Sanitarie pubbliche autorizzate).

## **Ospedale**

Struttura Sanitaria con posti letto per l'assistenza sanitaria delle malattie acute e/o croniche, regolarmente autorizzato. Vi sono Ospedali pubblici e privati.

## **Poliambulatorio Diagnostico**

Struttura Sanitaria regolarmente autorizzata per svolgere accertamenti diagnostici e/o visite specialistiche e/o interventi chirurgici e/o terapie mediche ambulatoriali.

## **Policlinico Universitario**

Struttura Sanitaria con posti letto per l'assistenza sanitaria delle malattie acute e/o croniche, regolarmente autorizzata, nella quale

si esegue anche la didattica. Vi sono Policlinici Universitari pubblici e privati.

## **Riabilitazione**

Terapie per rieducare apparati del corpo lesi da infortuni e/o malattie, al fine di renderli di nuovo funzionali per le normali attività; possono essere eseguite ambulatorialmente nelle Strutture Sanitarie autorizzate per Fisiokinesiterapia e Riabilitazione oppure in Strutture Sanitarie autorizzate per la Riabilitazione con Ricovero e Degenza notturna o diurna.

## **Ricovero**

Permanenza in luogo di cura con pernottamento o permanenza diurna in Day Hospital o Day Surgery, rese necessarie da infortunio o malattia.

## **SSN**

Servizio Sanitario Nazionale.

## **SSR**

Servizio Sanitario Regionale.

## **Ticket**

È la quota di partecipazione alla spesa dei cittadini per visite specialistiche ed esami diagnostici eseguiti presso Strutture Sanitarie pubbliche o presso Strutture Sanitarie private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale o Regionale. I cittadini sono esenti dal pagamento del Ticket se rientrano in alcune fasce di età, se affetti da determinate patologie o per reddito.

## **Visita specialistica ambulatoriale**

Visita effettuata da medico-chirurgo, in possesso del titolo di specializzazione, per diagnosticare e prescrivere terapie per le quali è prevista convenzionalmente la suddetta specializzazione.

## **Visita specialistica in fase di ricovero**

Visita effettuata dal medico curante e/o dalla sua équipe durante una terapia medica o chirurgica in favore di un assistito ricoverato.

