

FasiOpen

Fondo Aperto
di Assistenza Sanitaria Integrativa



GUIDA PER GLI ASSISTITI
PIANO SANITARIO D



Sistema Fasi

Guida per gli Assistiti

Questa Guida illustra le Garanzie offerte dal Piano Sanitario D FasiOpen, per utilizzare al meglio le opportunità offerte da ognuno di essi.

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 prescelto (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

Fisioterapia, Day Hospital, Day Surgery (più di 1.700 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.

L'Assistenza Sanitaria FasiOpen

Nella Guida sono elencate le Garanzie previste dal singolo Piano Sanitario. 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”	9
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

1	Ricoveri	14
	Ricoveri in Istituto di Cura per “Grande Intervento Chirurgico”	14
1.2	Altri ricoveri	16
2	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche pre ricovero	18
3	Accertamenti diagnostici, visite specialistiche e terapie post ricovero	19
4	Diagnostica/Terapie di alta specializzazione	20
5	Visite Specialistiche Ambulatoriali	21
6.1	Ticket per prestazioni sanitarie fruito presso Strutture Sanitarie pubbliche o private accreditate	22
6.2	Maggior comfort alberghiero nel Servizio Sanitario Nazionale	22
7	Pacchetto Maternità	23
8	Prevenzione Cardiovascolare e Oncologica Uomo	24
9	Prevenzione Cardiovascolare e Oncologica Donna	25
10	Odontoiatria	26
11	Indennità sostitutiva in caso di ricovero	28
12	Protezione Neonati	30
13	Trasporto in ambulanza	31
	Prestazioni non coperte da FasiOpen	32
	Informazioni di carattere generale	33
	Glossario	34

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;
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

fiscalmente 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.fasioopen.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 alla Sede Operativa di FasiOpen, Via Fiume Bianco, 56 – 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: copie delle fatture/ricevute rilasciate il 1° gennaio dovranno essere inviate entro e non oltre 1° aprile dello stesso anno.

Le copie delle 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.fasioopen.it), con le quali l'interessato si assume

Prestazioni eseguite in “Forma Diretta”

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 intralci alle procedure di liquidazione, Vi invitiamo a non trasmettere giustificativi di spese relative a prestazioni non previste da FasiOpen, (ad esempio:

occhiali, lenti a contatto, 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 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 espresse 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 orario continuato, dal lunedì al venerdì) che dà 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 in originale emesse per qualsiasi prestazione fruita presso le Strutture Sanitarie convenzionate in “Forma Diretta” saranno spedite a FasiOpen dalle stesse Strutture Sanitarie.

Gli assistiti devono sempre richiedere alle Strutture Sanitarie fotocopie 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 richiedere le copie direttamente alle Strutture Sanitarie, perché FasiOpen non può soddisfare l'eventuale richiesta di fotocopie 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 “D”

Dettaglio garanzie incluse

DI.a - Ricovero in Istituto di Cura 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 D7 – 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. La convenzione in forma diretta si attiva quando è convenzionata la Struttura Sanitaria e il medico-chirurgo-odontoiatra. Per i grandi interventi (escluso aborto, parto naturale, parto cesareo vedi D7) come da elenco che segue:

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. 9.

Piano Sanitario “D”

Dettaglio garanzie incluse

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 di rimborso	100%
Minimo non indennizzabile	€ 2.000 in “forma diretta”
Massimo rimborso per evento	€ 100.000
Massimo rimborso annuo per assistito	€ 100.000
Grandi Interventi chirurgici (come da elenco che segue)	

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

Piano Sanitario “D”

Dettaglio garanzie incluse

DI.b - Altri ricoveri

Con degenza notturna, diurna, ambulatoriale, con o senza Intervento Chirurgico

Descrizione	Condizioni di rimborso previste
Retta di degenza	fino a €300 a notte in "forma indiretta"
Retta di accompagnamento	fino a € 50 a notte - max 30 notti per ricovero in "forma indiretta"
Assistenza infermieristica	fino a €60 a notte - max 30 notti per ricovero
Sala operatoria	
Medicinali, materiali e protesi	Rimborsabile nei limiti del massimale
Visite specialistiche intraricovero	
Diagnostica intraricovero	
Quota di rimborso	100%
IN “FORMA DIRETTA”	
Minimo non indennizzabile	€ 2.000
Massimo rimborso per evento e annuo per assistito	€ 100.000
IN “FORMA INDIRETTA”	
Minimo non indennizzabile	€ 2.000
Massimo rimborso per evento	€ 8.000
Massimo rimborso annuo per assistito	€ 100.000

Piano Sanitario “D”

Dettaglio garanzie incluse

Altri interventi chirurgici

- Cardiochirurgia
- Cardiologia intrventistica
- Chirurgia della mammella
- Chirurgia della mano
- Chirurgia del piede
- Chirurgia dermatologica, crioterapia, laserterapia
- Chirurgia generale
 - Piccolo interventi - varie
 - Collo
 - Esofago
 - Stomaco, Duodeno
 - Intestino: Digiuno, Ileo, Colon, Retto, Ano
 - Parete addominale
 - Peritoneo
 - Fegato e vie biliari
 - Pancreas, Milza
- Chirurgia oro, maxillo facciale
- Chirurgia pediatrica
- Chirurgia plastica ricostruttiva
- Chirurgia toraco-polmonare
- Chirurgia vascolare
- Gastroenterologia (diagnostica, atti invasivi)
- Ginecologia
- Neurochirurgia
- Oculistica
 - Orbita
 - Sopracciglio
 - Palpebre
 - Vie lacrimali
 - Congiuntiva
 - Cornea
 - Cristallino
- Sclera
- Operazione per glaucoma
- Iride
- Retina
- Muscoli
- Bulbo oculare
- Trattamenti laser
- Ortopedia e traumatologia
 - Bendaggi
 - Apparecchi gessati
 - Lussazioni e fratture
 - Interventi incruenti
 - Interventi cruenti
 - Tendini, muscoli, aponeurosi, nervi periferici
- Ostetricia
- Otorinolaringoiatria
 - Orecchio
 - Naso e seni paranasali
 - Faringe, cavo orale, orofaringe
 - Laringe e ipofaringe
- Radiologia interventistica
- Urologia
 - Piccoli interventi e diagnostica urologica
 - Endoscopia diagnostica
 - Endoscopia operativa
 - Rene
 - Uretere
 - Vescica
 - Prostata
 - Uretra
 - Apparato genitale maschile

Piano Sanitario "D"

Dettaglio garanzie incluse

D2 - Accertamenti Diagnostici e Visite Specialistiche Pre Ricovero per Grandi Interventi Chirurgici

Le prestazioni suddette possono essere svolte unicamente in "forma indiretta" (rimborso all'assistito). Da documentare con richiesta medica con descrizione dell'intervento da eseguire. Sono escluse dal Rimborso le visite odontoiatriche, psicoterapiche, di medicina estetica etc... (per l'elenco completo delle prestazioni escluse si veda pag. 32).

Descrizione	Condizioni di rimborso previste
Qualsiasi accertamento diagnostico e visita specialistica effettuata nei 120 giorni precedenti l'inizio di un ricovero per grande intervento chirurgico (vedi elenco).	Fino ad € 1.000

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

Piano Sanitario "D"

Dettaglio garanzie incluse

D3 - Accertamenti Diagnostici, Visite Specialistiche e Terapie Post Ricovero per Grandi Interventi Chirurgici

Le prestazioni suddette possono essere svolte unicamente in "forma indiretta" (rimborsi all'assistito). Da documentare allegando la "Copia cartella clinica". Sono escluse dal Rimborso le visite odontoiatriche, psicoterapiche, di medicina estetica etc... (per l'elenco completo delle prestazioni escluse si veda pag. 32).

Descrizione	Condizioni di rimborso previste
Qualsiasi accertamento diagnostico, visita specialistica 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 (vedi elenco);	Fino a € 1.500 euro

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 “D”

Dettaglio garanzie incluse

D4 - Diagnostica/Terapie di alta specializzazione

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.

Alla documentazione di spesa in copia fotostatica dovrà essere allegata copia della 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.

Descrizione	Condizioni di rimborso previste
Risonanza Magnetica Nucleare	Quota di rimborso 75%
Tomografia Assiale Computerizzata	Minimo non indennizabile, per ciascuna prestazione, € 60
Medicina Nucleare (Scintigrafia)	Massimo rimborso per anno per assistito € 6.000
Angiografia	
Tomografia (stratigrafia) di organi o apparati	
Radiologia Tradizionale	
Chemioterapia ambulatoriale	
Radioterapia ambulatoriale	
Diagnostica Neurologica (EEG e/o EMG)	
Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica	Rimborso previsto nella Garanzia altri interventi elencato a pag. 17

Piano Sanitario “D”

Dettaglio garanzie incluse

D5 - 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, etc. (per l'elenco completo delle prestazioni escluse si veda pag. 32).

Descrizione	Condizioni di rimborso previste
Visite specialistiche ambulatoriali	Quota di Rimborso in "forma diretta" 100% Quota di rimborso in "forma indiretta" 80% Minimo non indennizzabile per visita non previsto Massimo rimborsabile per visita non previsto Massimo rimborso annuo € 1.000

Piano Sanitario “D”

Dettaglio garanzie incluse

D6.1 - Ticket per prestazioni sanitarie fruite 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. 32).

Descrizione	Condizioni di rimborso previste
Ticket	Quota di Rimborso 100% Massimo rimborso per anno per assistito €500

D6.2 - Maggior Comfort alberghiero in Ricoveri con o senza intervento chirurgico

Oltre alla documentazione di spesa in copia fotostatica 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. con o senza intervento chirurgico	Quota di Rimborso a notte fino a €150 per max 20 notti Massimo rimborsabile €2.000

Piano Sanitario “D”

Dettaglio garanzie incluse

D7 - 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 è indispensabile trasmettere insieme alla documentazione di spesa in copia fotostatica, anche copia della 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.

Il Rimborso per le spese relative al Ricovero per parto e all'eventuale atto chirurgico, qualora il Piano Sanitario prescelto lo preveda, potrà avvenire solo se alla documentazione di spesa sarà allegata la copia della cartella clinica. L'importo massimo rimborsabile non varia in caso di parto gemellare o plurigemellare.

Accertamenti	Condizioni di rimborso previste
Ecografie Massimo 3 per gravidanza	Quota di Rimborso 100%
Raccolta /Conservazione Staminali	Massimo €200
	Massimo rimborsabile per gravidanza per ecografie e staminali €700
Analisi cliniche e Sca-Test (su prescrizione medica riferita ad esami per gravidanza)	Quota di rimborso in "forma diretta" 100% Quota di rimborso in "forma indiretta" 80% Massimo rimborsabile per gravidanza € 300

Interventi	Condizioni di rimborso previste
Indennità Ricovero Parto, se non richiesto alcun rimborso di alcun genere a FasiOpen	Indennità a notte per max 10 notti €100
Parto eutocico (naturale)	Massimo rimborso €3.000 Minimo non indennizzabile €500
Parto cesareo	Massimo rimborso €5.000 Minimo non indennizzabile €1.000
Aborto terapeutico	Massimo rimborso € 2.000 Minimo non indennizzabile €500

Piano Sanitario “D”

Dettaglio garanzie incluse

D8 - 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 2 anni per età superiore a 45 anni.

Insieme alla domanda di Rimborso è necessario trasmettere in copia fotostatica 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	Quota di rimborso in "forma indiretta":
Creatininemia	fino ad un massimo di €150 per la prevenzione Oncologica
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	Solo Prevenzione Oncologica

Piano Sanitario “D”

Dettaglio garanzie incluse

D9 - 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 2 anni per assistita con età superiore a 45 anni.

Insieme alla domanda di Rimborso è necessario trasmettere in copia fotostatica 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	Quota di rimborso in "forma indiretta": fino ad un massimo di €200 per la prevenzione Oncologica
Azotemia	
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	Solo Prevenzione Oncologica

Piano Sanitario “D”

Dettaglio garanzie incluse

D10 - 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, consultabili anche dal sito 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.

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
Prevenzione del carcinoma cavo orale	Quota di rimborso 100% massimo rimborso 1 volta l'anno

Per le prestazioni sottoelencate, i primi 100 € di spesa, per anno e per assistito, non sono rimborsabili.

Massimo rimborso annuo per assistito € 2.000

Quota di rimborso 100%

Otturazione di qualsiasi classe e materiale massimo 1 otturazione per elemento dentario ogni 3 anni	Nessuna partecipazione alla spesa da parte dell'assistito
Estrazione semplice o complessa di elemento dentario	Quota di rimborso 100%
Estrazione in inclusione ossea di elemento dentario	Mai ripetibile sullo stesso elemento dentario
Estrazione terzo molare in disodontiasi di elemento dentario	
Chirurgia gengivale per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo - inclusa sutura)	Quota di rimborso 100% mai ripetibile prima di 5 anni per arcata
Chirurgia muco-gengivale o abbassamento di fornice, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo - inclusa sutura)	
Chirurgia ossea di accesso (incluso qualsiasi tipo di lembo - inclusa sutura) trattamento completo per emiarcata	Quota di rimborso 100% mai ripetibile prima di 5 anni per emiarcata
Gengivectomia come unica prestazione - per emiarcata	
Inserimento di materiale biocompatibile (incluso qualsiasi tipo di lembo) - per emiarcata	
Splintaggio interdentale (per emiarcata, qualsiasi materiale impiegato)	

Piano Sanitario “D”

Dettaglio garanzie incluse

Descrizione	Condizioni di rimborso previste
Levigatura radicolare e courettage gengivale (per emiarcata)	Quota di rimborso 100% mai ripetibile prima di 2 anni
Incappucciamento della polpa diretto - indiretto - ad elemento	Quota di rimborso 100% mai ripetibile prima di 3 anni ad elemento
Ricostruzione del dente con ancoraggio a vite o a perno - ad elemento	
Intarsi in LP o ceramica - inlay o onlay compreso provvisorio - ad elemento	Quota di rimborso 100% mai ripetibile prima di 5 anni ad elemento
Cura canalare completa di uno o più canali (compresa qualsiasi tipo di otturazione) compresa ricostruzione coronale pre - endodontica - ad elemento - comprese Rx endorali	Quota di rimborso 100% mai ripetibile sullo stesso elemento dentario ad elemento
Pulpotomia e otturazione della camera pulpare per qualsiasi numero di canali - ad elemento - comprese Rx endorali	
Ritrattamento endodontico compresa qualsiasi tipo di otturazione	Quota di rimborso 100% mai ripetibile sullo stesso elemento dentario per canale
Molaggio selettivo parziale o totale	Quota di rimborso 100% mai ripetibile prima di 1 anno (massimo 1 seduta)
Placca diagnostica o ortotico o byte - sistema indiretto	Quota di rimborso 100% mai ripetibile prima di 2 anni
Placca diagnostica o ortotico o byte - sistema diretto o indiretto	
Radiografie endorale periapicale (lastrina 4 x 3)	Quota di rimborso 100%
Ortopantomografia delle due arcate	

Piano Sanitario “D”

Dettaglio garanzie incluse

DII - Indennità sostitutiva per ricoveri conseguenti ad interventi chirurgici con degenza notturna

Per ottenere il rimborso, è indispensabile allegare al Modulo di Richiesta di Rimborso la copia integrale della cartella clinica.

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 ad interventi chirurgici con degenza notturna (vedi elenco).	Quota riconosciuta €80 per ogni notte di ricovero per le prime 15 notti di ricovero. Dalla 16a alla 80a notte di ricovero €50 a notte. Massimo 80 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

Piano Sanitario “D”

Dettaglio garanzie incluse

Altri grandi interventi chirurgici

- Cardiochirurgia
- Cardiologia interventistica
- Chirurgia della mammella
- chirurgia della mano
- chirurgia del piede
- Chirurgia dermatologica, crioterapia, laserterapia
- Chirurgia generale
 - Piccoli interventi - varie
 - Collo
 - Esofago
 - Stomaco, Duodeno
 - Intestino: Digiuno, Ileo, Colon, Retto, Ano
 - Parete addominale
 - Peritoneo
 - Fegato e vie biliari
 - Pancreas, Milza
- Chirurgia oro, maxillo facciale
- Chirurgia pediatrica
- Chirurgia plastica ricostruttiva
- Chirurgia toraco-polmonare
- Chirurgia vascolare
- Gastroenterologia (diagnostica, atti invasivi)
- Ginecologia
- Neurochirurgia
- Oculistica
 - Orbita
 - Sopracciglio
 - Palpebre
 - Vie lacrimali
 - Congiuntiva
 - Cornea
 - Cristallino
- Sclera
- Operazione per glaucoma
- Iride
- Retina
- Muscoli
- Bulbo oculare
- Trattamenti laser
- Ortopedia e traumatologia
 - Bendaggi
 - Apparecchi gessati
 - Lussazioni e fratture
 - Interventi incruenti
 - Interventi cruenti
 - Tendini, muscoli, aponeurosi, nervi periferici
- Ostetricia
- Otorinolaringoiatria
 - Orecchio
 - Naso e seni paranasali
 - Faringe, cavo orale, orofaringe
 - Laringe e ipofaringe
- Radiologia interventistica
- Urologia
 - Piccoli interventi e diagnostica urologica
 - Endoscopia diagnostica
 - Endoscopia operativa
 - Rene
 - Uretre
 - Vescica
 - Prostata
 - Uretra
 - Apparato genitale maschile

Piano Sanitario “D”

Dettaglio garanzie incluse

D12 - 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 € 3.000

Piano Sanitario “D”

Dettaglio garanzie incluse

D13 - 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

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 12 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**, e quanto altro non esplicitamente previsto nel Piano Sanitario prescelto;
 - 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**;
 - **lenti da vista, lenti a contatto e montature**;
 - **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 frigidità femminile**;
 - qualsiasi intervento chirurgico per la **correzione del visus**;
 - visita **radiologica**;
 - visita eseguita da **medico specialista in farmacologia applicata**.
- * 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 13 – 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 orario continuato, al Numero Verde **800 085 502**.

Home Page Personale

Dal sito www.fasiopen.it, inserendo il codice personale e la password individuale, è possibile accedere a una **Home page personale**.

Da questa pagina è possibile:

- verificare la 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 € 1,81 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% e 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, allo stesso FasiOpen, fatture regolarmente assoggettate a imposta di bollo, ove essa sia necessaria.

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 “D”

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 fisiatria 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.

