



Piano Sanitario Purple



Guida per
gli assistiti



- + Prestazioni
- + Benessere
- + Welfare

FasiOpen

Fondo Aperto
di Assistenza Sanitaria Integrativa

*Una moderna ed efficiente **Assistenza Sanitaria Integrativa**
per i lavoratori della tua Azienda e le loro famiglie*



Un utile
strumento
per utilizzare
al meglio il
**Piano
Purple**

GUIDA PER GLI ASSISTITI

FasiOpen si avvale di un ampio network di convenzioni per l'assistenza in “Forma Diretta”

Questa Guida illustra le Garanzie offerte dal Piano Sanitario “PURPLE” FasiOpen e quindi identifica all'interno delle singole Garanzie, una serie di prestazioni/cure previste dalla copertura, le condizioni economiche ed eventuali ulteriori indicazioni oltre quanto riportato nel Nomenclatore Base FasiOpen.

La Guida rappresenta dunque un utile strumento per utilizzare al meglio le opportunità offerte dal Piano Sanitario.



Un network di convenzioni per la tua assistenza

Invitiamo gli assistiti a leggere con attenzione le informazioni riportate nel Nomenclatore Base FasiOpen e quelle qui indicate onde evitare richieste di Rimborso non in linea con quanto riportato nel Piano Sanitario prescelto (ad esempio prestazioni rientranti nell'area di intervento generale di FasiOpen ma non previste dal proprio Piano Sanitario, cure non rimborsabili, garanzie non previste, ecc.), ritardi nei tempi di verifica e di rimborso, oltre ad eventuali liquidazioni non conformi alle attese.

Fermo restando il diritto del cittadino sulla “libera scelta” della Struttura Sanitaria e/o del professionista laureato in Medicina e Chirurgia e/o in Odontoiatria e Protesi Dentaria (regolarmente abilitati e riconosciuti dalle Autorità competenti) per l'esecuzione delle prestazioni, al fine di soddisfare pienamente le esigenze dei propri assistiti il FasiOpen ha ampliato l'offerta, per alcune Garanzie, riconoscendo il rimborso delle prestazioni anche a forme di accesso precedentemente escluse. Si ricorda che il FasiOpen si avvale di una fitta rete di convenzioni dirette con Case di Cura, Studi Odontoiatrici, Strutture Ospedaliere/Universitarie, Poliambulatori Diagnostici, Centri di Fisioterapia, Day Hospital e Day Surgery.

Nelle strutture convenzionate, rientranti nel network riconosciuto dal Fondo, 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 eventuali eccedenze se previste e delle normali spese accessorie (per esempio: telefono, copia della cartella clinica, servizi extra, ecc.) e sempre nei limiti economici stabiliti dai singoli Piani Sanitari.

INDICE

L'ASSISTENZA SANITARIA FASIOPEN	7
CHI SI PUÒ ISCRIVERE	8
CHI ASSISTIAMO.....	9
PRESTAZIONI ESEGUITE IN “FORMA INDIRETTA”	10
Come richiedere il Rimborso.....	10
Termini di Presentazione.....	10
Spese imputabili a responsabilità di terzi.....	11
Cartelle cliniche e certificazioni mediche	11
Prestazioni/cure fruite in Paesi Esteri.....	11
Odontoiatria.....	12
Accertamenti Diagnostici.....	14
Assistenza Infermieristica.....	15
Ticket.....	15
Pacchetti Chirurgici	16
Prevenzione	16
Indennità per Ricovero Parto e/o Indennità Sostitutiva per ricovero notturno conseguente a Grande intervento Chirurgico	17
Trasporto in Ambulanza	17
Prestazioni non rimborsabili.....	17
Fotocopie delle fatture/ricevute	18
Centrale Informativa.....	18
Home Page Personale.....	18
PRESTAZIONI ESEGUITE IN “FORMA DIRETTA”	19
Validità delle Autorizzazioni al Rimborso in “Forma Diretta” per i Ricoveri	20
Utilizzo delle Strutture Sanitarie convenzionate.....	201
Come usufruire del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale	22
Imposta di Bollo su Ricevute Mediche	24
PIANO SANITARIO “PURPLE” DETTAGLIO GARANZIE INCLUSE	25
GARANZIA 1 – Ricoveri in Istituto di Cura a seguito di malattia e infortunio per grande intervento chirurgico	25
Ricoveri	25
GARANZIA 1.2 – Altri Ricoveri con o senza intervento chirurgico	33
Elenco branche e sezioni del Nomenclatore Base FasiOpen a cui far riferimento per la presente Garanzia	34
GARANZIA 2 – Accertamenti Diagnostici e Visite Specialistiche Pre Ricovero per grandi interventi chirurgici	36
GARANZIA 3 – Accertamenti Diagnostici, Visite Specialistiche e Terapie Post Ricovero per grandi interventi chirurgici	38
GARANZIA 4 – Diagnostica Ecografica	40
GARANZIA 5 – Diagnostica e Terapie di alta specializzazione	42
GARANZIA 6 – Visite specialistiche ambulatoriali	44
GARANZIA 7 – Ticket per prestazioni sanitarie fruite presso Strutture Sanitarie pubbliche o private accreditate	45
GARANZIA 8 – Pacchetto Maternità.....	47
Sub-Garanzia 8.1 – Pacchetto Maternità ACCERTAMENTI.....	47
Sub-Garanzia 8.2 – Pacchetto Maternità RICOVERO PER PARTO.....	49
GARANZIA 9 – Pacchetti Prevenzione	52
GARANZIA 10 – Odontoiatria	55
GARANZIA 11 – Indennità/Diaria sostitutiva per i ricoveri conseguenti a grandi interventi chirurgici con degenza notturna	65
GARANZIA 12 – Protezione neonati.....	66
GARANZIA 13 – Trasporto in Autoambulanza.....	68
GARANZIA 14 – Lenti.....	69
GARANZIA 15 – FISIOKINESITERAPIA a seguito di infortunio	70
PRESTAZIONI NON PREVISTE DA FASIOPEN	72
GLOSSARIO GENERALE	74

L'ASSISTENZA SANITARIA FASIOOPEN

Il FasiOpen ha un proprio Nomenclatore Base che rappresenta, un elenco di prestazioni riconosciute come rientranti nella propria area di intervento. Un Piano Sanitario è un insieme di Garanzie che, a loro volta, contengono un insieme di prestazioni. Le prestazioni riconosciute da FasiOpen sono, dunque, solo ed esclusivamente quelle esplicitate all'interno del Nomenclatore Base se rientranti contemporaneamente all'interno della/e Garanzia/e del proprio Piano Sanitario entro i limiti economici da queste regolamentate.

Ognuno dei capitoli dedicati alle singole Garanzie elenca le prestazioni, le modalità e l'entità di compartecipazione alla spesa da parte del Fondo, nonché le procedure da seguire per poterne richiedere il rimborso. Vengono quindi fornite ulteriori informazioni utili al corretto svolgimento delle procedure e un glossario della terminologia utilizzata (consultabile anche sul Nomenclatore Base).



**NUMERO VERDE
CENTRALE INFORMATIVA
800 085 502**



La Centrale Informativa di FasiOpen è a disposizione degli assistiti per qualsiasi informazione o chiarimento



CHI SI PUÒ ISCRIVERE

Possono iscriversi a FasiOpen esclusivamente le Aziende 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.



Aziende, Fondi e Casse terzi che decidono di avvalersi dell'assistenza sanitaria integrativa erogata da FasiOpen



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 il versamento di una contribuzione aggiuntiva, anche ai componenti l'intero nucleo familiare del lavoratore.

Nucleo familiare assistibile

Per nucleo familiare assistibile, si intende:

1. il coniuge;
2. il convivente di fatto del lavoratore;
3. i figli fino al 18° anno d'età, purché fiscalmente a carico del lavoratore;
4. i figli fino al 21° anno d'età, purché fiscalmente a carico e in corso di studi pre universitario o facoltà universitaria;
5. i figli fino al 26° anno d'età, purché fiscalmente a carico e per la durata legale del corso di studi universitario;
6. 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, formalmente iscritto al Fondo, viene erogata finché permane l'adesione del lavoratore a FasiOpen.

A tal proposito si ricorda che, il riconoscimento del rimborso per le prestazioni sanitarie da parte del Fondo avviene anche in funzione della regolarità della posizione amministrativa dell'azienda e quindi del lavoratore, titolare della copertura sanitaria, all'atto della fatturazione a saldo delle prestazioni/cure (sempre se previste dalle Garanzie del proprio Piano Sanitario).

PRESTAZIONI ESEGUITE IN “FORMA INDIRETTA”



Come richiedere il Rimborso

Per ottenere, da FasiOpen, il rimborso in forma indiretta delle spese sanitarie saldate direttamente dall'assistito (fruite dunque presso una Struttura Sanitaria non rientrante nel network riconosciuto da FasiOpen), nei limiti previsti dal proprio Piano Sanitario, è indispensabile inoltrare la documentazione di spesa direttamente dalla propria area riservata. Il Rimborso sarà riconosciuto all'assistito principale mediante bonifico bancario utilizzando le coordinate bancarie comunicate dall'Azienda di appartenenza (non sono previste altre modalità). Sarà quindi indispensabile verificare, accedendo alla propria home page personale (tramite password individuale e codice personale) la correttezza dei dati comunicati e quindi in possesso di FasiOpen. Nel caso residuale in cui non sia possibile effettuare il bonifico, si procederà al Rimborso tramite assegno circolare di traenza, che viaggerà a rischio e pericolo dell'assistito. In alternativa, e sempre in via residuale, sarà possibile inoltrare la richiesta di rimborso in modalità cartacea allegando alla copia fotostatica della documentazione di spesa, la documentazione sanitaria prevista e il Modulo “Richiesta di Rimborso Spese Sanitarie” scaricabile dal sito www.fasiopen.it presente nell'area riservata/home page personale. In tal caso, le richieste di Rimborso devono essere inviate, tramite raccomandata, alla Sede Operativa di FasiOpen, Viale Europa 175 – 00144 Roma.

Nel ricordare che l'inoltro della richiesta in modalità dematerializzata prevede tempi di definizione minori, si precisa che indipendentemente dalla modalità di inoltro, dovrà essere effettuata una richiesta per ogni soggetto che ha fruito delle cure e che la documentazione di spesa deve essere intestata a colui/lei che ha fruito delle prestazioni/cure (nel caso di assistiti minorenni, anche se la fattura viene intestata al titolare dell'iscrizione al FasiOpen, il nome del minore soggetto a cure deve comunque essere chiaramente riportato nella fattura, dovendo sempre essere identificabile l'assistito per il quale è stato emesso il giustificativo di spesa come previsto dalla normativa fiscale).

Non è dunque possibile presentare un giustificativo di spesa relativo a prestazioni fruito da più familiari/assistiti indipendentemente dalla modalità di invio ed indipendentemente dalla forma di accesso (diretta o indiretta).

Al fine di non ostacolare le procedure di liquidazione, si invita a non trasmettere giustificativi di spese relative a prestazioni fruito in “Forma Diretta” e/o documentazione per prestazioni non previste da FasiOpen in generale e/o non previste dal proprio Piano Sanitario.



Termini di Presentazione

La richiesta di Rimborso dovrà essere compilata in ogni sua parte e trasmessa a FasiOpen online accedendo alla propria home page – entro e non oltre tre mesi dalla data di emissione dei documenti di spesa a saldo 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 il 1° aprile dello stesso anno.

Per le richieste di rimborso per prestazioni che non prevedono la presenza di una documentazione di spesa, come ad esempio il riconoscimento di una Indennità/Diaria (per Grande Intervento Chirurgico o per Parto), il termine di presentazione è di tre mesi dalla data di dimissione del ricovero, quindi a tal proposito, oltre la richiesta è vincolante la presentazione della cartella clinica completa e leggibile in tutte le sue parti. Le richieste di rimborso (con documentazione di spesa o senza documentazione di spesa come per le indennità) 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, se previste e nei limiti di quanto previsto dalle singole Garanzie, 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), con le quali l'interessato si assume 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).

In caso di ricovero, sia con degenza notturna, sia con degenza diurna (per le Garanzie/Piani Sanitari che lo prevedono), con o senza intervento chirurgico (per le Garanzie/Piani Sanitari che lo prevedono), è indispensabile, indipendentemente dalla forma di fruizione delle cure, trasmettere la copia completa della relativa cartella clinica, possibilmente in formato digitalizzato.

All'interno della cartella clinica dovranno essere riportati anche le richieste di consulenze con specializzazione diversa da quella dell'equipe medico-chirurgica curante, il quesito diagnostico per il quale si chiedono le consulenze e le relative relazioni mediche/referti medici degli specialisti interpellati.

Si ricorda che, in nessun caso, sono previsti i rimborsi per prestazioni con finalità estetica e/o quant'altro rientrante nelle esclusioni o a tutte queste riconducibili indipendentemente se fruite in corso di ricovero per altra patologia rientrante nelle Garanzie del proprio Piano Sanitario.

Il FasiOpen si riserva di richiedere la trascrizione della cartella clinica qualora la documentazione non risultasse leggibile e/o di richiedere la traduzione qualora la documentazione fosse in lingua estera (in particolare se eseguite in Paesi orientali e/o Arabi).



Prestazioni/cure fruite in Paesi Esteri

Si precisa che il FasiOpen interviene economicamente anche a fronte delle spese sostenute all'estero presso Strutture Sanitarie e/o medici specialisti, nella stessa misura ed alle stesse condizioni previste per le cure effettuate nel nostro Paese.

Si fa dunque riferimento al Nomenclatore Base di FasiOpen fermo restando che le prestazioni/cure dovranno essere ricomprese nelle Garanzie del proprio Piano Sanitario

(quindi se una prestazione è presente nel Nomenclatore Base ma non è contemplata dalle Garanzie del proprio Piano Sanitario, questa non potrà essere riconosciuta dal Fondo pur rientrando nella sua area sanitaria di intervento).

Pertanto, procedure che regolano la presentazione delle richieste di rimborso, limiti temporali e/o quantitativi e/o di età e/o di sesso, termini di presentazione delle richieste nonché documentazione sanitaria rimangono validi anche per le cure fruite all'estero.

Al fine di una corretta valutazione economica delle prestazioni, si suggerisce di reperire la più ampia documentazione a chiarimento di tutte le prestazioni eseguite.

Il Fondo si riserva di chiedere, in aggiunta alla documentazione di spesa, l'inoltro della quietanza di pagamento/saldo delle prestazioni fruite. In tal caso, poiché il Fondo eroga rimborsi in euro, sarà effettuata la conversione di valuta in base alla data risultante sulla quietanza di pagamento.



Odontoiatria

Il FasiOpen a partire dal 01.01.2022 riconosce il rimborso per le prestazioni odontoiatriche anche in "Forma Indiretta" alle condizioni e nei limiti temporali ed economici previsti dalla singola Garanzia. Saranno dunque riconosciute anche le prestazioni fruite presso un professionista abilitato dalle Autorità competenti e/o presso una Struttura Sanitaria abilitata non rientrante nel network riconosciuto dal Fondo (sempre nei limiti di quanto previsto dalla Garanzia).

Non è prevista alcuna compartecipazione alla spesa per prestazioni odontoiatriche eseguite in corso di ricovero (qualsiasi tipologia) indipendentemente dal motivo per il quale è stato effettuato il ricovero stesso. Pertanto, le prestazioni odontoiatriche saranno riconosciute esclusivamente se eseguite in regime ambulatoriale.

Si specifica che, le prestazioni odontoiatriche, indipendentemente dal Piano Sanitario, sono soggette a limiti temporali di rimborsabilità e, per determinate voci, è previsto l'obbligo di presentazione di documentazione pre e post cure oltre che di un piano di cure preventivo (tramite modulo dedicato alla forma indiretta ove prevista). Non è necessario attendere l'esito del piano di cure preventivo per iniziare i trattamenti di cui si necessita; la verifica da parte del Fondo è di natura prettamente amministrativa e non vuole, in alcun modo, entrare nel merito della scelta terapeutica seguita dal proprio medico odontoiatra di fiducia e/o della Struttura Sanitaria.

L'esito del piano di cure, è atto ad evidenziare eventuali incompatibilità medico-amministrative tra i codici prestazioni identificati, con particolare riguardo a "Prestazioni non previste dal proprio piano sanitario", "limiti temporali di rimborsabilità" ed "obblighi" specificati per le singole prestazioni.

A maggior chiarimento, si evidenzia che le prestazioni odontoiatriche vengono imputate sui singoli elementi dentari/sedi dentarie/arcate/emiarcate, sulla base della data fattura di saldo delle prestazioni stesse. Pertanto, a titolo di mero esempio, se una otturazione è rimborsabile una volta ogni 3 anni su un determinato elemento dentario, e viene, ad esempio, rimborsata con fattura datata 3/03/2021, questa non sarà nuovamente riconosciuta sul medesimo elemento dentario prima del 4/03/2024.

La valutazione dei limiti temporali e/o delle compatibilità tra i codici/voci prestazioni avviene in funzione della contestualità della richiesta di prestazioni, di quelle già liquidate al momento dell'esame del "Piano di cure" inviato e non può ovviamente, tenere conto delle richieste in via di definizione e/o di quelle ancora non risultanti presso il Fondo e/o non visibili dalla documentazione sanitaria eventualmente obbligatoria.

Per tale motivo, in via residuale, seppure una prestazione abbia ricevuto esito positivo all'atto della verifica medica del piano di cure, al momento dell'esame della richiesta di rimborso, potrebbe risultare non liquidabile perché "eccedente i limiti" oppure perché la prestazione riportata sul piano di cure risulta diversa da quella eseguita od ancora non compatibile con le prestazioni liquidate o con quelle risultanti dalla documentazione sanitaria.

Si ricorda che, la richiesta di rimborso dovrà essere compilata in tutte le sue parti e trasmessa a FasiOpen entro e non oltre 3 mesi dalla data di fattura di saldo delle prestazioni di cui si vuole chiedere al Fondo.

Nel ricordare che, la documentazione di spesa deve essere sempre intestata all'assistito al quale sono state eseguite le cure (nel caso di assistiti minorenni, anche se la fattura viene intestata al titolare dell'iscrizione, il nome del minore soggetto a cure deve comunque essere chiaramente riportato nella fattura, dovendo essere sempre identificabile il soggetto principale come da normativa fiscale) e che non è possibile presentare un giustificativo di spesa relativo a prestazioni fruite da più familiari/assistiti, si sottolinea che le fatture di acconto non sono rimborsabili:

- ✓ Una fattura di acconto è una fattura che non ha particolare correlazione tra pagamenti e cure effettuate e completate e deve necessariamente essere inviata in associazione a quella di saldo parziale o di saldo delle cure stesse. Esempio: l'odontoiatra rilascia un preventivo all'iscritto/assistito per 2 otturazioni per € 100,00 cad. Totale cure preventivate € 200,00. L'iscritto assistito salda una fattura di € 150,00. Quest'ultima rappresenta un acconto sul piano di cure stabilito di concerto con il curante perché, è maggiore del valore di una sola otturazione, ma è minore del valore di ambedue le prestazioni programmate. Pertanto, secondo tale esempio, la fattura di € 150,00 è un acconto che dovrà essere inoltrata insieme alla fattura di saldo (di € 50,00).
- ✓ Una fattura di saldo parziale è una fattura che si riferisce specificatamente a parte delle cure già effettuate e completate, ancorché altre siano ancora in corso. Si richiama quindi l'attenzione sul fatto che, benché una fattura riporti la dicitura "acconto" all'interno della descrizione, questa venga considerata quale "saldo parziale" nel caso in cui sia rilevabile l'esatta correlazione tra importi e prestazioni completate. Esempio (prendendo spunto dal precedente): l'iscritto assistito salda una fattura di acconto di € 100,00 e la fattura riporta la dicitura acconto. Questa, secondo l'esempio precedente, risulta essere un acconto nell'ambito del rapporto iscritto/assistito e odontoiatra curante ma, rappresenta una fattura di saldo parziale poiché è strettamente riconducibile ad una cura terminata (otturazione di € 100,00). Tale fattura dovrà quindi essere inoltrata entro 3 mesi dalla data di emissione.
- ✓ Una fattura di saldo è una fattura che chiude la rendicontazione delle cure effettuate e terminate. Proseguendo con gli esempi precedentemente fatti: fattura di saldo di € 50,00 da associare alla fattura di acconto (primo esempio) di € 150,00 da inviare entro 3 mesi dalla data di emissione della fattura di saldo. Oppure altro esempio: fattura di € 200,00 (valore totale delle 2 otturazioni) da inviare entro 3 mesi dalla data di emissione.

Ulteriori indicazioni saranno riportate nella Garanzia dedicata.



Accertamenti Diagnostici

Gli accertamenti diagnostici sono riconosciuti nei limiti di quanto e se previsto dalle Garanzie dei singoli Piani Sanitari.

Per accedere ai previsti rimborsi, limitatamente a quanto previsto dalle Garanzie, è necessario trasmettere, unitamente alle relative fatture, il dettaglio delle prestazioni eseguite nonché la **prescrizione del medico specialista e/o medico di base curante con l'indicazione del tipo di patologia (obbligatoria) che ha reso indispensabile gli accertamenti stessi (con ulteriore specifica di accertamento pre intervento e/o post intervento ove previsto).**

Il FasiOpen si riserva, comunque, di richiedere copia dei referti diagnostici, nel caso in cui emergesse la necessità di ulteriori approfondimenti

In considerazione delle diverse leggi Regionali, in caso di contemporaneo pagamento del ticket e di prestazioni private non riconosciute dal S.S.R., presenti sulla stessa ricevuta sanitaria, è necessario far indicare dalla Struttura Sanitaria quale importo (e quindi quali prestazioni) è riferito al solo ticket.

Si rimborsano tutti gli accertamenti, esposti e nei limiti indicati nel Nomenclatore Base se rientranti nelle Garanzie del proprio Piano Sanitario, comprese le analisi genetiche (solo quelle esposte nel Nomenclatore e comprese nel Piano Sanitario nei limiti previsti dalle Garanzie) eseguiti unicamente con finalità diagnostico-terapeutiche e secondo i protocolli diagnostici validati dalla medicina convenzionale.

Sono tassativamente escluse dal rimborso le prestazioni di medicina preventiva (predittiva), sperimentale e/o di ricerca e/o alternativa.

Per gli esami radiologici e per gli accertamenti diagnostici di medicina nucleare le voci si riferiscono ad esami completi delle proiezioni e del numero di radiogrammi necessari per una indagine esaustiva.

Le voci comprendono altresì l'onorario del radiologo o del medico nucleare e di altri specialisti e/o tecnici, ove intervengano, i mezzi di contrasto, i materiali, i medicinali ed altro, salvo quanto espressamente previsto dalle singole premesse specifiche di branca, esposte per ogni sottosezione. Si precisa che, per i Piani Sanitari che non prevedono un rimborso analitico, il mezzo di contrasto è considerato come prestazione a sé stante, pertanto, eventuali franchigie, scoperti verranno applicati anche alla voce del "mezzo di contrasto" e, anche questo, concorrerà all'erosione del massimale previsto, se previsto, della Garanzia.

L'eventuale assistenza anestesiológica per gli esami diagnostici e/o invasivi, laddove necessaria, è compresa nella voce prevista per il singolo esame, salvo quanto, eventualmente, specificatamente descritto dal FasiOpen.

Per alcuni esami diagnostici, se previsti dal proprio Piano Sanitario ed in particolare per la forma diretta indipendentemente dal Piano Sanitario, è prevista la riduzione del 50% sul secondo esame (o comunque economicamente meno oneroso).

Si precisa che, con la definizione "nel corso della stessa seduta" deve intendersi, nel corso del medesimo accesso alla struttura sanitaria, pertanto, nel caso di esecuzione di due accertamenti, sarà applicata la riduzione del 50% (ove previsto) qualora non sia inequivocabilmente rilevabile l'eventuale diverso accesso (diverso giorno di esecuzione dell'accertamento).

All'interno della sezione di Accertamenti Diagnostici, sono previsti esami di genetica molecolare. A tal proposito si specifica che gli esami sono rimborsabili solo ed

esclusivamente se rientranti nel proprio Piano Sanitario all'interno delle singole Garanzie (limitatamente a quanto da queste regolamentato). Sono riconosciuti esclusivamente gli esami di Genetica Molecolare esplicitamente citati (se previsti dalle Garanzie del proprio Piano Sanitario) nel Nomenclatore Base ed esclusivamente se eseguiti con finalità diagnostico-terapeutiche (esclusi dunque quelli imputabili alla ricerca e/o sperimentazione e/o prevenzione e/o predittività).

Gli esami di Genetica Molecolare e/o citogenetica pre natale e post natale sono rimborsabili (se previsti dalla Garanzia del proprio Piano Sanitario) esclusivamente se prescritti da Medico-Chirurgo specializzato in Genetica Medica (genetica clinica) oppure specializzato in Oncologia. Non sono previste altre possibilità.

Gli esami, seppur di rilevante importanza e rientranti nelle Garanzie dei singoli Piani Sanitari, non saranno riconosciuti se prescritti da professionisti, indipendentemente dalla specializzazione, diversi da quelli espressamente riportati.

Infine, si precisa che, poiché il risultato di molti esami di Genetica Molecolare non varia con il passare del tempo, questi saranno riconosciuti una sola volta, pertanto, si raccomanda la conservazione degli esiti stessi (il Fondo non può fornire copia di quanto eventualmente pervenuto in associazione alle richieste di rimborso).



Assistenza Infermieristica

Il FasiOpen riconosce il rimborso dell'Assistenza Infermieristica in corso di ricovero notturno, qualora questa risulti esplicitamente prevista dal proprio Piano Sanitario. Per Assistenza Infermieristica in corso di ricovero notturno si intende, l'assistenza privata e ad personam prestata da personale infermieristico oltre quanto regolarmente già erogato dalla Struttura Sanitaria nell'ambito dell'assistenza infermieristica di reparto (attività extraospedaliera). Per il rimborso dovrà essere rilevabile che, la predetta Assistenza infermieristica non sia sovrapponibile ad altra attività ospedaliera e, che sia inequivocabilmente riservata al singolo iscritto/assistito. L'eventuale rimborso, se previsto dal Piano Sanitario, si intende giornaliero (24h) per un numero minimo di 6 ore di assistenza (indipendentemente se diurne o notturne).



Ticket

Il ticket, che deve sempre riportare il dettaglio delle prestazioni eseguite, è rimborsabile, nei limiti massimi secondo specifica delle singole Garanzie dei singoli Piani Sanitari, **solamente se riferito alle prestazioni specialistiche espressamente ricomprese nel Piano Sanitario dell'iscritto/assistito**, ed è soggetto alle stesse limitazioni quantitative e/o temporali previste nell'ambito di ciascuna prestazione (come riportato anche nel Nomenclatore).

Ne consegue che una prestazione, pur se fruita tramite pagamento del ticket e presente nel Nomenclatore Base di FasiOpen, se non rientrante nelle Garanzie del proprio Piano Sanitario non potrà essere riconosciuta dal FasiOpen.

Si ricorda che il Ticket è una voce di spesa diversa dalla Quota fissa Finanziaria 2011 e dal Contributo Fisso Aggiuntivo Quota ricetta.

In considerazione delle diverse leggi Regionali, in caso di contemporaneo pagamento del ticket e di prestazioni private non riconosciute dal S.S.R., presenti sulla stessa ricevuta sanitaria, è necessario far indicare dalla Struttura Sanitaria quale importo è riferito al solo ticket e/o quale importo è relativo a prestazioni fruiti in regime privatistico.



Pacchetti Chirurgici

Al fine di snellire le procedure di inoltro delle richieste di rimborso da parte degli assistiti e da parte delle Strutture Sanitarie rientranti nel network riconosciuto dal FasiOpen, sono stati introdotti, per alcune procedure già ricomprese nell'area di intervento del Fondo, dei pacchetti chirurgici.

Per i Piani Sanitari che operano a Garanzia, nulla risulta variato rispetto alla precedente valorizzazione poiché, i Pacchetti operano sempre in funzione e nei limiti di quanto previsto, se previsto, dalle Garanzie che le ricomprende.

La modalità a Pacchetto, per la forma diretta, permette di accedere alle procedure chirurgiche con tariffe economicamente più favorevoli all'iscritto/assistito.

Il trattamento previsto per la prestazione a "pacchetto" è relativo all'intervento chirurgico come fase unica, ossia, il ricovero/procedura chirurgica è l'unica procedura eseguita nel corso di un ricovero.

Qualora l'intervento/procedura, venga invece effettuato nel corso di un ricovero per altro intervento chirurgico (per il quale non è presente la modalità a pacchetto), sarà disponibile all'interno del Nomenclatore, un'ulteriore voce di "intervento concomitante" che prevede un diverso importo (imputabile, dunque, qualora l'intervento non sia la fase principale dell'atto chirurgico). In tal caso, e solo per questa tipologia di intervento, la valorizzazione ai fini del rimborso sarà al 100%.



Prevenzione

Per i Piani Sanitari che li prevedono, il Fondo ha ampliato l'offerta dei Pacchetti Prevenzione.

L'iscritto/Assistito può liberamente scegliere 1 Pacchetto di Prevenzione l'anno, tra quelli di seguito indicati (se rientranti nel proprio Piano Sanitario), tenendo presente che, è rimborsabile 1 pacchetto di prevenzione l'anno con la particolarità che, il medesimo pacchetto non è rimborsabile prima di 2 anni.

I Pacchetti Prevenzione sono:

- ✓ Prevenzione Cardiovascolare Donna – età uguale o maggiore di 45 anni compiuti
- ✓ Prevenzione Cardiovascolare Uomo – età uguale o maggiore di 45 anni compiuti
- ✓ Prevenzione Oncologica Donna – età uguale o maggiore di 45 anni compiuti
- ✓ Prevenzione Oncologica Uomo – età uguale o maggiore di 45 anni compiuti
- ✓ Prevenzione Oculistica (Uomo/Donna) – età uguale o maggiore di 40 anni compiuti
- ✓ Prevenzione Cancro della Tiroide (Uomo/Donna) – età uguale o maggiore di 45 anni compiuti
- ✓ Prevenzione Melanoma (Uomo/Donna) – età uguale o maggiore di 50 anni compiuti
- ✓ Prevenzione Sindrome Dismetabolica (Uomo/Donna) – età uguale o maggiore di 50 anni compiuti
- ✓ Prevenzione Cancro del Cavo Orale (solo in ambito odontoiatrico, in forma diretta – se previsto dal proprio Piano Sanitario) - età uguale o maggiore di 45 anni compiuti

Per il dettaglio degli esami previsti dai singoli pacchetti, si rimanda al proprio Piano Sanitario (se li prevede).



Indennità per Ricovero Parto e/o Indennità Sostitutiva per ricovero notturno conseguente a Grande intervento Chirurgico

Il FasiOpen, limitatamente a specifici Piani Sanitari, ove e nei limiti singolarmente previsti da questi, riconosce il rimborso esclusivamente in forma indiretta per:

- ✓ Indennità per Ricovero Parto
- ✓ Indennità Sostitutiva per ricovero notturno conseguente a Grandi Interventi Chirurgici

Si sottolinea che, tale rimborso, viene riconosciuto unicamente quando, il ricovero è stato eseguito con il S.S.N e non è richiesto e/o non è stato richiesto a FasiOpen, alcun rimborso in riferimento al ricovero notturno e/o a prestazioni riconducibili al ricovero per grande intervento chirurgico (diagnostica, visite specialistiche, terapie, accertamenti pre e post intervento, trasporto in ambulanza ecc.). Non è previsto il riconoscimento delle suddette voci di indennità, nel caso di ricovero chirurgico non rientrante nei grandi interventi specificati nella Garanzia del proprio Piano sanitario.

Ad ulteriore chiarimento, si ricorda che il rimborso dell'indennità (qualsiasi tipologia) viene riconosciuto solo per l'assistito soggetto a cure, ovvero solo ed esclusivamente per colui che riceve direttamente le cure/terapie, se rientrante nel nucleo familiare assistibile registrato presso l'anagrafica del Fondo all'atto dell'inizio del ricovero, indipendentemente dall'età del "paziente", ovvero, non è riconosciuta ulteriore indennità per l'eventuale familiare che si ricovera per assistenza al degente.

La richiesta di rimborso per il riconoscimento dell'indennità, laddove prevista dal Piano Sanitario e fermo restando i requisiti per il riconoscimento della richiesta, deve pervenire entro e non oltre i 3 mesi dalla data di dimissione. A tal proposito si ricorda che, è obbligatorio allegare alla domanda anche la copia della cartella clinica relativa al grande intervento chirurgico con ricovero notturno e/o relativa al ricovero per Parto.



Trasporto in Ambulanza

Il FasiOpen riconosce una compartecipazione alla spesa per il "Trasporto in Ambulanza", limitatamente alla forma indiretta ed esclusivamente al territorio nazionale.

Il Trasporto in Ambulanza è riconosciuto solo in caso di gravi patologie per le quali, l'assistito/paziente risulti intrasportabile con mezzi propri, dal domicilio all'Istituto di Cure prescelto per il Ricovero e viceversa. Per ricovero si intende permanenza con degenza notturna in Casa di Cure o Ospedale. Quindi, fermo restando che l'unico mezzo riconosciuto è l'Autoambulanza, nulla è riconosciuto nel caso di trasporto per terapie continuative quali ad esempio (ma non esaustivo) Chemioterapia, Dialisi, Fisiokinesiterapia ecc. Si precisa, altresì che il servizio riconosciuto non è riferibile al trasporto in urgenza ma, solo a ricoveri programmati.

Non è riconosciuta alcuna compartecipazione alla spesa, e quindi non applicabile al trasferimento da Casa di Cure o Ospedale verso altra Casa di Cure o Ospedale.



Prestazioni non rimborsabili

Al fine di non ostacolare le procedure di liquidazione, Vi invitiamo a non trasmettere giustificativi di spese relative a prestazioni non previste da FasiOpen, (ad esempio: psicoterapia se non specificatamente previste dal Piano Sanitario, cure ed interventi di

estetica, ecc.) come riportato nell'elenco esemplificativo 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.

Le prestazioni/cure/interventi non espressamente riportati e non rientranti nel proprio Piano Sanitario devono intendersi come non rimborsabili pur se rientranti nell'area di intervento del Fondo (Nomenclatore Base FasiOpen).



Fotocopie delle fatture/ricevute

Il FasiOpen prevede l'inoltro delle richieste di rimborso per prestazioni sanitarie (rientranti nel proprio Piano Sanitario) solo in modalità on line. Il Fondo non restituisce i giustificativi di spesa indipendentemente se erroneamente pervenuti in modalità cartacea originale e/o in copia. Altresì, il Fondo non effettua il servizio copie per giustificativi di spesa per prestazioni fruite in forma diretta. Il FasiOpen si impegna, qualora dovessero essere richiesti dagli Uffici Finanziari in sede di accertamento della dichiarazione dei redditi ad inoltrare copia di quanto ricevuto, ponendo le relative spese a carico dell'iscritto/assistito destinatario (invio con addebito al destinatario).



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. Se si contatta la Centrale Informativa:

- ✓ Opzione 1 Assistiti
 - Tasto 1 Informazioni Sanitarie – Prestazioni – Piani di cure
 - Tasto 2 Informazioni Amministrative – Contributive
- ✓ Opzione 2 Azienda
 - Tasto 1 Azienda Iscritta o In Fase di Registrazione
 - Tasto 2 Azienda non Iscritta ed Informazioni Generali.



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:

- ✓ Inviare, ove previsto, i Piani di Cure Odontoiatrici Online;
- ✓ inviare le richieste di Rimborso Online;
- ✓ verificare la avvenuta ricezione da parte di FasiOpen dei Piani di Cure Odontoiatrici;
- ✓ verificare la avvenuta ricezione da parte di FasiOpen della richiesta di Rimborso;
- ✓ verificare l'esito dei Piani di Cure Odontoiatrici (in lavorazione, lavorato, esito disponibile);
- ✓ 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, Modulo Piano di Cure ecc.);
- ✓ modificare e/o rinnovare la propria password;
- ✓ stampare l'esito dei Piani di Cure Odontoiatrici;
- ✓ stampare i dettagli di liquidazione delle proprie richieste di Rimborso.

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. 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 telematico diretto 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, la contestuale ed immediata autorizzazione alle prestazioni non potrà essere effettuata.

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, secondo i termini regolamentari, il relativo Rimborso se previste e secondo quanto previsto dal Piano Sanitario prescelto.

In quest'ultimo caso, la procedura è uguale a quella per le prestazioni usufruite presso Strutture Sanitarie non convenzionate: è necessario presentare **la documentazione di spesa nella sezione dedicata sulla propria pagina personale** accompagnata dalla **documentazione sanitaria richiesta**.



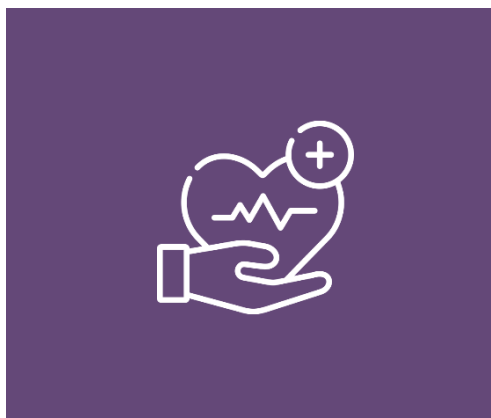
NUMERO VERDE CENTRALE INFORMATIVA 800 085 502

La **Centrale Informativa** di FasiOpen (**Numero Verde 800 085 502** dalle ore 09.00 alle ore 17.00 orario continuato, dal lunedì al venerdì) è a disposizione degli assistiti per fornire informazioni su tutte le tipologie di Strutture Sanitarie convenzionate, sulle branche della medicina e chirurgia eseguibili in "Forma Diretta" e su quelle che non rientrano negli accordi di convenzione diretta.



Prestazioni
eseguite in
“Forma
Diretta”

Validità delle Autorizzazioni al Rimborso in “Forma Diretta” per i Ricoveri



IMPORTANTE

I Ricoveri in convenzione diretta sono autorizzabili, limitatamente a quanto previsto dal proprio Piano Sanitario:

- ✓ 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 dovrà richiedere, tramite procedure note alla Struttura stessa, 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 al periodo “aggiuntivo” saranno a completo carico dell'assistito.



Utilizzo delle Strutture Sanitarie convenzionate

Si riportano di seguito le modalità e le regole che gli assistiti devono 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:

- ✓ il codice assistito;
- ✓ un documento di riconoscimento (per i minori, di uno degli esercenti la responsabilità genitoriale).

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" (ovvero accertata la regolarità della posizione amministrativa per il quale la Struttura riceverà meramente un messaggio di "Assistibile" o "Non Assistibile"), attraverso il collegamento telematico, 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 se rientrante nelle Garanzie del Piano Sanitario dell'assistito e se riconosciuto come rimborsabile.

È bene ricordare che non tutti i medici-chirurghi che operano nelle suddette Strutture Sanitarie hanno accettato gli accordi di convenzione. 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".

Si invitano i Signori assistiti, soprattutto in caso di ricovero, a farsi rilasciare dalla Struttura Sanitaria convenzionata un preventivo dettagliato di spesa onde evitare disguidi derivanti dall'errata interpretazione di quanto previsto dalle Garanzie del proprio Piano Sanitario.

Le fatture/ricevute sanitarie emesse per qualsiasi prestazione fruita in "Forma Diretta" presso le Strutture Sanitarie convenzionate, saranno inoltrate dalle stesse Strutture Sanitarie a mezzo applicativo telematico. Si invita pertanto gli assistiti a non inoltrare la medesima documentazione di spesa e/o documentazione di spesa relativa a quote rimaste a carico dell'assistito.

Gli assistiti, pertanto, devono sempre **farsi rilasciare dalle 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.

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:

- ✓ conferma, con la sottoscrizione, di aver fruito delle prestazioni indicate nella richiesta, sia in termini di tipologia sia in termini di quantità (non essendo ammessa al rimborso una richiesta anticipata per prestazioni ancora da fruire);
- ✓ autorizza le Strutture Sanitarie a recuperare le somme dalle stesse anticipate in suo favore, se dovute perché riconosciute come rimborsabili da parte del FasiOpen. In caso contrario si impegna a saldarle in proprio;
- ✓ scioglie dal segreto professionale (nei confronti di FasiOpen e suoi collaboratori) 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 ad ulteriore 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;
- ✓ si impegna a saldare gli importi che, al momento dell'esame della richiesta di rimborso, il FasiOpen rilevi come non rimborsabili e/o come non rientranti nelle/a Garanzie/a del proprio Piano Sanitario e/o eccedente i limiti;
- ✓ si impegna inderogabilmente a saldare tutte le prestazioni che, successivamente all'erogazione, indipendentemente se riferibili a prestazioni ambulatoriali e/o ricovero di qualsiasi natura (diurno ove previsto o notturno), non risultassero liquidabili dal Fondo per la perdita del diritto all'assistenza da parte del FasiOpen;
- ✓ autorizza la Struttura Sanitaria ad inoltrare al FasiOpen, Poste Welfare e Servizi S.r.l. e Pro.ge.sa S.r.l. copia della documentazione di spesa e quanto necessario per ottenere i rimborsi da parte del FasiOpen;
- ✓ 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/riciesta” 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 Regionale oppure, **per le prestazioni non riconosciute**, richiedere l'applicazione degli accordi tariffari concordati o ancora delle tariffe private della Struttura Sanitaria, se in quel momento più convenienti.



IMPORTANTE

Massimali di Rimborso

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

Il diritto alla “libera scelta” attraverso la ricetta/riciesta 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. 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 e, comunque, al di fuori della Garanzia 7 – Ticket per prestazioni sanitarie fruite presso Strutture Sanitarie pubbliche o private accreditate.

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

Prestazioni
eseguite in
"Forma
Diretta"

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 a quanto previsto dalla vigente normativa deve essere assoggettata ad imposta di bollo nella misura attualmente in vigore 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, tramite la propria homepage, allo stesso FasiOpen, fatture regolarmente assoggettate a imposta di bollo, ove essa sia necessaria.

L'imposta di bollo non è rimborsata da FasiOpen.



PIANO SANITARIO “PURPLE” DETTAGLIO GARANZIE INCLUSE

GARANZIA 1 – Ricoveri in Istituto di Cura a seguito di malattia e infortunio per grande intervento chirurgico

Ricoveri

Il Rimborso può essere ottenuto sia in “forma diretta” che in “forma indiretta” ed è riferibile esclusivamente a ricoveri con degenza notturna. La Garanzia non è operativa nel caso di ricoveri con degenza diurna o per interventi eseguiti in regime ambulatoriale (rilevabili da cartella clinica e/o verbale di sala operatoria).

Il Rimborso in “forma diretta” si effettua nelle Strutture Sanitarie convenzionate rientranti nel network riconosciuto da 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 convenzionati¹.

Per ottenere il Rimborso in “forma indiretta” è indispensabile inviare a FasiOpen la documentazione di spesa (procedura online) che attesti inequivocabilmente l’avvenuto pagamento delle prestazioni mediche fruite. È necessario allegare copia completa e leggibile della cartella clinica relativa all’oggetto del rimborso.

Si ricorda di effettuare richieste separate nel caso in cui queste siano riferibili a soggetti diversi del nucleo 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 1.2 Altri Ricoveri con o senza intervento chirurgico e quelli previsti dalla Garanzia 8 – Maternità, i Rimborsi per prestazioni/interventi/cure a scopo preventivo e quanto non rientrante nell’elenco dei grandi interventi chirurgici sotto riportati.

Per assistito si intende il lavoratore e/o ciascun componente il nucleo familiare regolarmente iscritto presso il FasiOpen.

¹ 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” e al Capitolo “Utilizzo delle Strutture Sanitarie convenzionate”.

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO	€ 100.000
MASSIMO RIMBORSO PER EVENTO	€ 100.000
QUOTA RIMBORSO (COMPENSIVA DI TUTTE LE COMPETENZE COMPRESO EQUIPE MEDICA)	100%
MINIMO NON INDENNIZZABILE	Nessuno
Dettaglio	Sottomassimali di rimborso previsti
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 in "forma diretta" o "indiretta"
SALA OPERATORIA	Rimborsabile nei limiti del massimale
MEDICINALI, MATERIALI E PROTESI	
VISITE SPECIALISTICHE INTRARICOVERO	
DIAGNOSTICA INTRARICOVERO	

Elenco grandi interventi chirurgici

Interventi riconosciuti unicamente per patologie oncologiche maligne

- ✓ Linfadenectomia ascellare (come unico intervento)
- ✓ Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate
- ✓ Mastectomia semplice totale con eventuali linfadenectomie
- ✓ Mastectomia sottocutanea (trattamento completo)
- ✓ Quadrantectomia con ricerca ed asportazione del linfonodo sentinella e linfadenectomie associate, qualsiasi tecnica (compresa prestazione del medico nucleare/radiologo)
- ✓ Quadrantectomia con ricerca ed asportazione del linfonodo sentinella, qualsiasi tecnica (compresa prestazione del medico nucleare/radiologo), senza altre linfadenectomie associate
- ✓ Quadrantectomia, compresa tecnica "NIPPLE-SPARING", senza linfadenectomie associate
- ✓ Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare
- ✓ Ricostruzione mammaria post mastectomia semplice totale con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare
- ✓ Ricostruzione mammaria post mastectomia sottocutanea o quadrantectomia con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare
- ✓ Rimozione ed eventuale sostituzione di protesi mammaria impiantata in precedente intervento chirurgico di mastectomia o quadrantectomia (come unico intervento)
- ✓ Tumorectomia con resezione del linfonodo sentinella (compresa prestazione del medico nucleare/radiologo)
- ✓ Tumorectomia con resezione del linfonodo sentinella e linfadenectomie associate (compresa prestazione del medico nucleare/radiologo)
- ✓ Tumori di qualsiasi natura, exeresi o escissione in blocco
- ✓ Linfadenectomia latero cervicale monolaterale (come unico intervento)
- ✓ Linfadenectomia latero cervicale bilaterale (come unico intervento)
- ✓ Linfadenectomia sopraclaveare (come unico intervento)
- ✓ Paratiroidi - trattamento completo, intervento sulle
- ✓ Paratiroidi, reinterventi
- ✓ Tiroide, lobectomie

- ✓ Tiroidectomia subtotale
- ✓ Tiroidectomia totale, o totalizzazione di tiroidectomia, qualsiasi via di accesso, senza svuotamento laterocervicale
- ✓ Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale
- ✓ Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale
- ✓ Tumore maligno del collo, asportazione di (escluso i casi descritti)
- ✓ Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia
- ✓ Esofago cervicale, resezione dell', con esofagostomia
- ✓ Esofago, resezione parziale dell', con esofagostomia
- ✓ Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia
- ✓ Protesi endo - esofagee, collocazione di
- ✓ Gastrectomia parziale o subtotale (compresa eventuale linfadenectomia)
- ✓ Gastrectomia totale con linfadenectomia anche estesa
- ✓ Gastrectomia totale con linfadenectomia estesa con splenopancreasectomia sinistra associata
- ✓ Resezione gastro duodenale
- ✓ Amputazione addomino-perineale sec. Miles, trattamento completo
- ✓ Bypass gastro intestinali o intestinali per patologie maligne
- ✓ Colectomia segmentaria (compresa eventuale stomia)
- ✓ Colectomia segmentaria con linfadenectomia ed eventuale colostomia
- ✓ Colectomia totale (compresa eventuale stomia)
- ✓ Colectomia totale con linfadenectomia (compresa eventuale stomia)
- ✓ Emicolectomia destra con linfadenectomie
- ✓ Emicolectomia sinistra con linfadenectomie ed eventuale colostomia (Hartmann ed altre)
- ✓ Posizionamento protesi del colon
- ✓ Posizionamento protesi del retto
- ✓ Procto-colectomia totale con pouch ileale
- ✓ Resezione del sigma-retto per patologia maligna con eventuali linfadenectomie associate
- ✓ Resezione retto-colica anteriore (anche ultra bassa) compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia
- ✓ Retto, amputazione del, per neoplasia dell'ano, compresa eventuale linfadenectomia inguinale bilaterale
- ✓ Tumore maligno del retto, per via trans-ale o con microchirurgia endoscopica trans-ale (TEM), asportazione di
- ✓ Linfadenectomia inguinale o crurale monolaterale (come unico intervento)
- ✓ Linfadenectomia inguinale o crurale bilaterale (come unico intervento)
- ✓ Linfadenectomia laparotomica (come unico intervento)
- ✓ Laparotomia esplorativa quale intervento principale per neoplasie non resecabili o per stadiazione linfadenopatie
- ✓ Tumore o fibrosi retroperitoneale (compresi ureterolisi e viscerolisi estesa), intervento chirurgico per (trattamento completo)
- ✓ Colecistostomia per neoplasie non resecabili
- ✓ Incannulazione dell'arteria epatica per perfusione antiblastica
- ✓ Papilla di Vater, ampullectomia per cancro con reimpianto del dotto di Wirsung e coledoco
- ✓ Resezioni epatiche maggiori
- ✓ Resezioni epatiche minori
- ✓ Termoablazione con radiofrequenza di tumori epatici primitivi, qualsiasi via di accesso
- ✓ Vie biliari, interventi palliativi
- ✓ Cefalo duodeno pancreasectomia compresa eventuale linfadenectomia
- ✓ Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per
- ✓ Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia
- ✓ Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)
- ✓ Splenectomia
- ✓ Exenteratio orbitae
- ✓ Ghiandola sottomascellare, asportazione per neoplasie maligne, compresa eventuale linfadenectomia
- ✓ Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale
- ✓ Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni senza svuotamento della loggia sottomascellare
- ✓ Mandibola, resezione parziale per neoplasia della, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale monolaterale
- ✓ Mandibola, resezione parziale per neoplasia della, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale bilaterale
- ✓ Mascellare superiore per neoplasie, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale monolaterale, resezione del
- ✓ Mascellare superiore per neoplasie, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale bilaterale, resezione del
- ✓ Massiccio facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario
- ✓ Neoformazioni endosse di grandi dimensioni, exeresi di
- ✓ Neoplasie maligne del labbro/guancia con svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di
- ✓ Neoplasie maligne del labbro/guancia senza svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di
- ✓ Parotidectomia totale o sub-totale
- ✓ Malformazione dell'areola e del capezzolo, intervento per o ricostruzione del capezzolo dopo chirurgia oncologica

- ✓ Ricostruzione mammaria post mastectomia semplice totale con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare
- ✓ Ricostruzione mammaria post mastectomia sottocutanea o quadrantectomia con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare
- ✓ Rimozione ed eventuale sostituzione di protesi mammaria impiantata in precedente intervento chirurgico di mastectomia o quadrantectomia (come unico intervento)
- ✓ Bilobectomy, intervento di (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
- ✓ Linfadenectomia mediastinica (come unico intervento)
- ✓ Neoplasie maligne coste e/o sterno (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
- ✓ Neoplasie maligne del diaframma (come fase di intervento principale)
- ✓ Neoplasie maligne della trachea (compresa plastica ed eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
- ✓ Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
- ✓ Pleurectomie (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
- ✓ Pleuropneumectomy (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
- ✓ Pneumectomy, intervento di (compresa linfadenectomia e/o biopsia)
- ✓ Pneumectomy con resezione di trachea e anastomosi tracheo-bronchiale
- ✓ Resezione bronchiale con reimpianto
- ✓ Resezione segmentaria o lobectomy (comprese eventuali linfadenectomie)
- ✓ Resezioni polmonari segmentarie atipiche singole o multiple (comprese eventuali linfadenectomie)
- ✓ Resezioni segmentarie tipiche (comprese eventuali linfadenectomie)
- ✓ Timectomia
- ✓ Eviscerazione pelvica
- ✓ Isterectomy radicale per via laparotomica o vaginale con linfadenectomia pelvica e/o lombo-aortica, compresa plastica vaginale anteriore e/o posteriore
- ✓ Isterectomy radicale per via laparotomica o vaginale senza linfadenectomia, compresa plastica vaginale anteriore e/o posteriore
- ✓ Isterectomy totale semplice con o senza annessiectomia mono/bilaterale per via laparotomica o per via vaginale, compresa plastica vaginale anteriore e/o posteriore
- ✓ Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per
- ✓ Tumori maligni vaginali senza linfadenectomia, intervento radicale per
- ✓ Vulvectomy parziale
- ✓ Vulvectomy parziale con linfadenectomia bilaterale diagnostica dei linfonodi inguinali superficiali, intervento di
- ✓ Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di
- ✓ Vulvectomy semplice (locale o cutanea), intervento di
- ✓ Vulvectomy totale
- ✓ Craniotomy per tumori cerebellari, anche basali
- ✓ Laminectomy per tumori intra-durali extra midollari
- ✓ Laminectomy per tumori intramidollari
- ✓ Neoplasie endocraniche, asportazione di
- ✓ Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo
- ✓ Tumore orbitale, asportazione per via endocranica
- ✓ Tumori dei nervi periferici, asportazione di (escluse lesioni nervose traumatiche e non della mano e del piede)
- ✓ Tumori della base cranica, intervento per via transorale
- ✓ Tumori orbitari, intervento per
- ✓ Cisti profonde o neoplasie contorno orbita, asportazione di
- ✓ Exenteratio orbitae
- ✓ Emipelvectomy
- ✓ Emipelvectomy "interne" con salvataggio dell'arto
- ✓ Resezione del sacro (come unico intervento)
- ✓ Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi più cemento
- ✓ Tumori ossei e forme pseudo tumorali, grandi segmenti o articolazioni, asportazione di
- ✓ Tumori ossei e forme pseudo tumorali, medi segmenti o articolazioni, asportazione di
- ✓ Tumori ossei e forme pseudo tumorali, piccoli segmenti o articolazioni, asportazione di
- ✓ Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di
- ✓ Laparotomia esplorativa, con intervento demolitore
- ✓ Neoplasie del condotto, exeresi
- ✓ Tumori dell'orecchio medio, asportazione di
- ✓ Tumori maligni del naso o dei seni, asportazione di
- ✓ Faringectomy parziale
- ✓ Neoplasie parafaringee
- ✓ Tumore maligno faringotonsillare, asportazione di
- ✓ Cordectomy
- ✓ Cordectomy con il laser
- ✓ Epiglottidectomy

- ✓ Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale
- ✓ Laringectomia totale senza svuotamento laterocervicale
- ✓ Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale monolaterale
- ✓ Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale bilaterale
- ✓ Laringofaringectomia totale
- ✓ Arteriografia aorta addominale più embolizzazione semplice di tumori
- ✓ Embolizzazione malformazioni e/o aneurismi e/o fistole vascolari cerebrali o tumori endocranici
- ✓ Termoablazione o Crioablazione di neoplasie primitive o metastasi
- ✓ Neoplasia vescicale, resezione endoscopica di
- ✓ Prostata, resezione endoscopica o vaporizzazione della (qualsiasi tecnica ed attrezzatura, esclusi i casi descritti)
- ✓ Eminefrectomia
- ✓ Nefrectomia allargata per tumore con eventuale trattamento di trombo cavale (compresa surrenectomia)
- ✓ Nefrectomia polare
- ✓ Nefrectomia semplice
- ✓ Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di
- ✓ Nefroureterectomia radicale (compresa eventuale surrenectomia)
- ✓ Surrenectomia (trattamento completo)
- ✓ Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia
- ✓ Cistectomia parziale semplice
- ✓ Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculetomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
- ✓ Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculetomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa
- ✓ Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculetomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia
- ✓ Linfadenectomia laparotomica (come unico intervento)
- ✓ Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomie, compresa eventuale legatura dei deferenti (qualsiasi accesso e tecnica)
- ✓ Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia
- ✓ Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale o retroperitoneale monolaterale
- ✓ Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale o retroperitoneale bilaterale
- ✓ Orchiectomia sottocapsulare bilaterale
- ✓ Pene, amputazione totale con linfadenectomia
- ✓ Pene, amputazione totale del

Altri grandi interventi chirurgici per altre patologie

- ✓ Bypass aorto coronarici multipli (C.E.C.)
- ✓ Bypass aorto coronarico singolo (C.E.C.)
- ✓ Cardiocirurgia a cuore aperto, in età adulta o neonatale, compresi aneurismi o sostituzioni valvolari multiple o sostituzione aortica o plastica dell'aorta (C.E.C.), salvo gli interventi descritti
- ✓ Commisurotomia per stenosi mitralica
- ✓ Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per
- ✓ Fistole arterovenose del polmone, interventi per
- ✓ Massaggio cardiaco interno
- ✓ Pericardiectomia parziale
- ✓ Pericardiectomia totale
- ✓ Reintervento con ripristino di C.E.C.
- ✓ Sezione o legatura del dotto arterioso di Botallo
- ✓ Sostituzione valvolare in chirurgia mini invasiva (heart port)
- ✓ Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)
- ✓ Sostituzioni valvolari con bypass aorto coronarici (C.E.C.)
- ✓ Trapianto cardiaco (omnicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici di espianto ed impianto)
- ✓ Valvuloplastica cardiocirurgica
- ✓ Tiroidectomia totale per gozzo mediastinico, intervento per
- ✓ Diverticoli dell'esofago cervicale (compresa miotomia), intervento per
- ✓ Diverticoli dell'esofago toracico, intervento per
- ✓ Megaesofago, intervento per
- ✓ Megaesofago, reintervento per
- ✓ Varici esofagee: intervento transtoracico o addominale
- ✓ Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per
- ✓ Gastrectomia totale per patologia benigna

- ✓ Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica anastomotica
- ✓ Varici gastriche (emostasi chirurgica)
- ✓ Ano preternaturale, chiusura, ricostruzione continuità
- ✓ Anoplastica e perineoplastica (come unico intervento)
- ✓ Appendicectomia con peritonite diffusa
- ✓ Confezionamento di ano artificiale (come unico intervento)
- ✓ Megacolon, intervento per
- ✓ Megacolon: colostomia
- ✓ Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per (come unico intervento)
- ✓ Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per (come fase di intervento principale)
- ✓ Occlusione intestinale con resezione
- ✓ Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- ✓ Colectomia laparoscopica semplice (compresa lisi di aderenze)
- ✓ Colectomia laparoscopica con colangiografia intraoperatoria e esplorazione della via biliare ed eventuale estrazione di calcoli (compresa assistenza del radiologo) (compresa lisi di aderenze)
- ✓ Colectomia laparoscopica con coledocolitotomia ed estrazione di calcoli (compresa colangiografia ed assistenza del radiologo) (compresa lisi di aderenze)
- ✓ Colectomia laparotomica (compresa lisi di aderenze)
- ✓ Colectogastrostomia o colecistoenterostomia
- ✓ Coledoco/epatico/digiuno/duodenostomia con o senza colectomia
- ✓ Coledoco-epatico digiunostomia con o senza colectomia
- ✓ Coledoco-epatico duodenostomia con o senza colectomia
- ✓ Coledocotomia e coledocolitotomia (come unico intervento)
- ✓ Dearterializzazione epatica, con o senza chemioterapia
- ✓ Deconnessione azygos-portale per via addominale
- ✓ Drenaggio bilio digestivo intraepatico
- ✓ Papilla di Vater, exeresi
- ✓ Papillostomia, per via transduodenale ed eventuale asportazione di calcoli (come unico intervento)
- ✓ Trapianto di fegato (omnicomprensivo di servizi ed atti medici di espanto ed impianto)
- ✓ Vie biliari, reinterventi
- ✓ Derivazioni pancreatico-Wirsung digestive
- ✓ Milza, interventi chirurgici conservativi (splenorrafie, resezioni spleniche)
- ✓ Trapianto di pancreas (omnicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici di espanto ed impianto)
- ✓ Frattura zigomo, orbita, terapia chirurgica per
- ✓ Fratture dei mascellari, terapia chirurgica di
- ✓ Fratture del seno frontale, terapia chirurgica di
- ✓ Fratture della mandibola e del condilo, terapia chirurgica delle (compresa l'eventuale fissazione con ferule)
- ✓ Fratture mandibolari, riduzione con ferule
- ✓ Lingua, amputazione parziale per tumori benigni, angiomi, macroglossia
- ✓ Malformazioni dento-maxillo-facciali della mandibola e della mascella (progenismo, microgenia, prognatismo, micrognatia, laterodeviamenti mandibolari, etc.), compresa mentoplastica sul mascellare superiore o sulla mandibola (trattamento completo)
- ✓ Neoformazioni endosse di piccole dimensioni (osteomi, cementomi, odontomi, torus palatino e mandibolare), exeresi di
- ✓ Neoplasie maligne limitate del labbro o dei tessuti molli della cavità orale, asportazione di
- ✓ Paralisi dinamica o statica del nervo facciale, plastica per
- ✓ Parotidectomia parziale con eventuale risparmio del nervo facciale
- ✓ Aplasia della vagina, ricostruzione per
- ✓ Intervento di push-back e faringoplastica
- ✓ Malformazioni complesse delle mani o dei piedi (trattamento completo)
- ✓ Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare
- ✓ Stati intersessuali, chirurgia degli
- ✓ Trasferimento di lembo libero microvascolare
- ✓ Decorticazione pleuro polmonare, intervento di
- ✓ Ferita toraco-addominale con lesioni viscerali
- ✓ Ferite con lesioni viscerali del torace
- ✓ Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per
- ✓ Fistole esofago-bronchiali e/o esofago-tracheali, interventi di
- ✓ Toracoplastica, primo tempo

- ✓ Toracoplastica, secondo tempo
- ✓ Trapianto di polmone (omnicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici di espianto ed impianto)
- ✓ Aneurismi aorta addominale o aorta toracica più dissecazione: resezione e innesto protesico (a cielo aperto)
- ✓ Aneurismi arterie distali degli arti, resezione e/o innesto protesico (a cielo aperto)
- ✓ Aneurismi, resezione e innesto protesico: arterie iliache, femorali, poplitee, omerali, ascellari, glutee, arterie viscerali e tronchi sovraortici (a cielo aperto)
- ✓ Bypass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlavio
- ✓ Bypass aorto-iliaco o aorto-femorale
- ✓ Bypass aorto-renale o aorto-mesenterico o celiaco ed eventuale TEA e plastica vasale
- ✓ Trattamento endovascolare di aneurismi o aneurismi dissecanti dell'aorta toracica
- ✓ Tromboendoarteriectomia e bypass e/o embolectomia di tronchi sovraortici
- ✓ Tromboendoarteriectomia e patch e/o embolectomia di tronchi sovraortici
- ✓ Tromboendoarteriectomia e innesto protesico e/o embolectomia di tronchi sovraortici (qualsiasi tecnica)
- ✓ Anastomosi vasi intra-extra cranici
- ✓ Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni per via anteriore o posteriore
- ✓ Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolari varie, interventi di
- ✓ Cranioplastica - compresa eventuale rimozione dei mezzi di sintesi
- ✓ Craniotomia per ematoma extradurale
- ✓ Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- ✓ Encefalomeningocele, intervento per
- ✓ Epilessia focale, intervento per
- ✓ Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie compresa uncoforaminotomia, vertebrotomia e rimozione degli osteofiti
- ✓ Ipofisi, intervento per adenoma per via transfenoidale
- ✓ Malformazione aneurismatica intracranica (aneurismi sacculari, aneurismi carotidei, altri aneurismi)
- ✓ Malformazione aneurismatica o angiomatica con compressione radicolare e/o midollare
- ✓ Plesso brachiale, intervento sul
- ✓ Trapianti, innesti ed altre operazioni plastiche (come unico intervento)
- ✓ Traumi vertebro-midollari via anteriore, intervento per
- ✓ Trapianto corneale a tutto spessore
- ✓ Trapianto corneale lamellare
- ✓ Trapianto di cellule staminali limbari
- ✓ Trapianto di cellule staminali limbari combinata con apposizione di membrana amniotica
- ✓ Allungamento arti superiori e/o inferiori (per segmento, trattamento completo)
- ✓ Amputazione grandi segmenti (trattamento completo)
- ✓ Artrodesi vertebrali per via anteriore anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare (come unico intervento)
- ✓ Artrodesi vertebrali per via posteriore anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare (come unico intervento)
- ✓ Artrodesi vertebrali per via anteriore e posteriore anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare (come unico intervento)
- ✓ Artrodesi: grandi articolazioni
- ✓ Artrodesi: medie articolazioni
- ✓ Artrodesi: grandi
- ✓ Artrodesi: medie
- ✓ Artroplastiche: grandi (qualsiasi materiale)
- ✓ Artroplastiche: medie (qualsiasi materiale)
- ✓ Artroplastiche: piccole (qualsiasi materiale)
- ✓ Artroprotesi: spalla, parziale
- ✓ Artroprotesi: spalla, totale
- ✓ Artroprotesi: anca parziale (trattamento completo)
- ✓ Artroprotesi: ginocchio
- ✓ Artroprotesi: gomito
- ✓ Artroprotesi: rimozione e sostituzione di artroprotesi settica in un tempo successivo al primo intervento (parziale o totale) come unico intervento, salvo i casi descritti
- ✓ Artroprotesi totale anca (artroprotesi anca totale - qualsiasi tecnica - intervento concomitante) rimborsabile nella medesima seduta operatoria o ricovero non associabile al pacchetto protesi anca totale)
- ✓ Artroprotesi: revisione protesi totale anca eseguito nello stesso ricovero in cui è stato eseguito il primo intervento (artroprotesi revisione anca totale - qualsiasi tecnica - intervento concomitante, rimborsabile nella medesima seduta operatoria o ricovero non associabile al pacchetto revisione protesi anca totale)

- ✓ Artroprotesi totale d'anca (trattamento completo – intervento concomitante ad altro principale): per rimozione e riposizionamento eseguito in un tempo successivo al primo ricovero
- ✓ Pacchetto chirurgico (Tecnica Tradizionale) protesi totale anca (artroprotesi: anca totale - trattamento completo). rimborso comprensivo di: equipe medica, sala operatoria, degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici in degenza
- ✓ Pacchetto chirurgico (Tecnica Tradizionale) revisione protesi totale anca (artroprotesi: revisione anca totale - trattamento completo) intervento per rimozione e sostituzione o riposizionamento eseguito nello stesso ricovero in cui è stato eseguito il primo intervento. rimborso comprensivo di: equipe medica, sala operatoria, degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici in degenza
- ✓ Pacchetto chirurgico (Tecnica Tradizionale) rimozione e riposizionamento protesi anca eseguito in un tempo successivo al primo ricovero (trattamento completo). rimborso comprensivo di: equipe medica, sala operatoria, degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici in degenza
- ✓ Pacchetto chirurgico (Chirurgia Robotica - RAS) protesi totale anca (artroprotesi: anca totale - trattamento completo). rimborso comprensivo di: equipe medica, sala operatoria, uso apparecchiatura per chirurgia computer assistita (qualsiasi), degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici in degenza
- ✓ Pacchetto chirurgico (Chirurgia Robotica - RAS) revisione protesi totale anca (artroprotesi: revisione anca totale - trattamento completo) intervento per rimozione e sostituzione o riposizionamento eseguito nello stesso ricovero in cui è stato eseguito il primo intervento. rimborso comprensivo di: equipe medica, sala operatoria, uso apparecchiatura per chirurgia computer assistita (qualsiasi), degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici in degenza
- ✓ Pacchetto chirurgico (Chirurgia Robotica - RAS) rimozione e riposizionamento protesi anca eseguito in un tempo successivo al primo ricovero (trattamento completo). rimborso comprensivo di: equipe medica, sala operatoria, uso apparecchiatura per chirurgia computer assistita (qualsiasi), degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici in degenza
- ✓ Costola cervicale e "outlet syndrome", intervento per
- ✓ Disarticolazione interscapolo toracica
- ✓ Disarticolazioni, grandi
- ✓ Osteomieliti (trattamento completo), intervento per
- ✓ Osteosintesi vertebrale
- ✓ Osteotomia complessa (bacino, vertebrale) compresa ablazione di osteofiti della colonna (a tratto)
- ✓ Reimpianti di arto o suo segmento
- ✓ Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di colonna vertebrale
- ✓ Spalla, resezioni complete sec. Tickhor-Limberg
- ✓ Trapianto di midollo osseo (omnicomprensivo di servizi ed atti medici di espianto ed impianto)
- ✓ Uncoforaminotomia o vertebrotomia (trattamento completo)
- ✓ Trapianti tendinei e muscolari o nervosi (trattamento completo)
- ✓ Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidica
- ✓ Nervo vestibolare, sezione del
- ✓ Neurinoma dell'ottavo paio
- ✓ Timpanoplastica con mastoidectomia
- ✓ Timpanoplastica senza mastoidectomia
- ✓ Timpanoplastica, secondo tempo di
- ✓ Velofaringoplastica o avanzamento dell'osso ioide
- ✓ Diaframma laringeo, escissione con ricostruzione plastica
- ✓ Laringectomia parziale
- ✓ Posizionamento di stent carotideo con sistema di protezione cerebrale per trattamento stenosi carotidee
- ✓ TIPS (shunt porto-sovrappatico)
- ✓ Trapianto di rene (omnicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici di espianto ed impianto)
- ✓ Megauretere, intervento per rimodellaggio
- ✓ Vescica, plastiche di ampliamento (colon/ileo)
- ✓ Vescicoplastica antireflusso bilaterale
- ✓ Vescicoplastica antireflusso unilaterale
- ✓ Uretrectomia totale

GARANZIA 1.2 – Altri Ricoveri con o senza intervento chirurgico

La Garanzia è operativa sia in forma indiretta sia in forma diretta nei casi di malattia e/o infortunio documentato con degenza notturna o diurna (quest'ultima con degenza non inferiore a 4 ore), con o senza Intervento Chirurgico. La Garanzia non è operativa nel caso di prestazioni/procedure eseguite in regime ambulatoriale pur se le prestazioni/cure risultino rientranti nella presente Garanzia e/o nell'area di intervento del Fondo (ma non nel Piano Sanitario).

Sono esclusi i Rimborsi previsti dalla Garanzia 1 Ricoveri per Grande intervento chirurgico e quelli previsti dalla Garanzia 8 – Maternità, oltre che i Rimborsi per prestazioni/interventi/cure a scopo preventivo e quanto non rientrante nell'elenco sotto riportato.

Si precisa che non rientrano nella presente Garanzia i ricoveri con degenza diurna per l'esecuzione di soli accertamenti diagnostici e/o check-up, ovvero, il ricovero con degenza diurna è riconosciuto esclusivamente per chemioterapia, cure oncologiche e terapia del dolore (day hospital) oppure per interventi chirurgici (day surgery) con degenza non inferiore a 4 ore.

Il Rimborso in “forma diretta” si effettua nelle Strutture Sanitarie convenzionate rientranti nel network riconosciuto da 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 convenzionati².

Per ottenere il Rimborso in “forma indiretta” è indispensabile inviare a FasiOpen la documentazione di spesa (procedura online) che attesti inequivocabilmente l'avvenuto pagamento delle prestazioni mediche fruite. È necessario allegare copia completa e leggibile della cartella clinica relativa all'oggetto del rimborso.

Si ricorda di effettuare richieste separate nel caso in cui queste siano riferibili a soggetti diversi del nucleo familiare.

La Garanzia è applicata con i limiti ed alle condizioni previste.

Per assistito si intende il lavoratore e/o ciascun componente il nucleo familiare regolarmente iscritto presso il FasiOpen.

² 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” e al Capitolo “Utilizzo delle Strutture Sanitarie convenzionate”.

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO	€ 100.000
MASSIMO RIMBORSO PER EVENTO	FORMA DIRETTA: € 100.000 FORMA INDIRETTA: € 8.000
QUOTA RIMBORSO (COMPENSIVA DI TUTTE LE COMPETENZE COMPRESO EQUIPE MEDICA)	100%
MINIMO NON INDENNIZZABILE	FORMA DIRETTA: € 1.700 FORMA INDIRETTA: € 2.000
Dettaglio	Sottomassimali di rimborso previsti
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
SALA OPERATORIA	Rimborsabile nei limiti del massimale
MEDICINALI, MATERIALI E PROTESI	
VISITE SPECIALISTICHE INTRARICOVERO	
DIAGNOSTICA INTRARICOVERO	

Elenco branche e sezioni del Nomenclatore Base FasiOpen a cui far riferimento per la presente Garanzia

A fronte dell'ampiezza dei dati da riportare in un eventuale elenco, si precisa che saranno espresse solo le branche e le sotto branche fermo restando quanto esposto in premessa sulle “Esclusioni” (del Nomenclatore Base) e del paragrafo “Prestazioni non previste da FasiOpen” e su quanto riconosciuto.

Quanto esposto analiticamente sul Nomenclatore Base FasiOpen (delle di cui branche e sotto branche citate nel presente documento), deve necessariamente essere contestualizzato all'interno di quanto regolamentato dalla presente Garanzia (esempio: la prestazione X rientra in una branca/sotto branca esposta nell'elenco a seguire ma, questa viene eseguita come accertamento in regime di day hospital – la prestazione X, quindi sebbene esposta, non sarà riconosciuta in quanto, appunto, eseguita in regime di day hospital come accertamento diagnostico che risulta come escluso dalle prestazioni/cure per il day hospital stesso).

Per la verifica delle casistiche di copertura delle singole procedure che l'assistito deve eseguire, è a disposizione la Centrale Informativa Sanitaria (Opzione 1 Assistiti – Tasto 1 Informazioni Sanitarie) secondo giorni ed orari indicati nel relativo paragrafo. In questo caso si consiglia, prima di contattare gli operatori, di raccogliere tutte le informazioni possibili al fine di permettere agli stessi di fornire un riscontro nei tempi attesi.

Si ricorda infine che, le informazioni fornite in via preventiva (telefonicamente) per essere effettivamente riconosciute come rimborsabili dal FasiOpen, dovranno trovare

riscontro in quanto riportato nella cartella clinica e/o verbale dell'intervento. Potrebbe verificarsi che, ad esempio, la procedura preventivata dal professionista e quindi verificata dall'assistito con l'operatore FasiOpen, risulti diversa dalla procedura effettivamente eseguita in sede operatoria e risultante in cartella clinica/verbale operatorio (quindi non prevista dalla Garanzia 1.2 ma, magari prevista dalla Garanzia 1 piuttosto che non prevista da alcuna Garanzia).

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

**Piano
Sanitario
“Purple”**

**Dettaglio
garanzie
incluse**

GARANZIA 2 – Accertamenti Diagnostici e Visite Specialistiche Pre Ricovero per grandi interventi chirurgici

La presente Garanzia opera esclusivamente nell'ambito di accertamenti diagnostici e visite specialistiche, eseguite ambulatorialmente, propedeutiche a successivo/i Ricovero/i notturno per Grandi Interventi chirurgici (vedere elenco della Garanzia 1) ed esclusivamente se eseguiti nei 120 giorni precedenti il Ricovero notturno per predetto intervento.

Non rientrano nella Garanzia:

- ✓ accertamenti diagnostici e/o visite specialistiche fruite nei 120 giorni precedenti il ricovero svolto in regime diurno o ambulatoriale pur se l'intervento risulti compreso nell'elenco alla di cui Garanzia 1;
- ✓ accertamenti e/o visite specialistiche fruite nei 120 giorni precedenti il ricovero ma non riferibili a questo (esempio: ricovero per protesi di anca – visita oculistica eseguita nei 120 giorni prima del ricovero. In tal caso la visita oculistica non è riferibile al ricovero e benché eseguita nell'arco temporale indicato, non sarà riconosciuta dal Fondo);
- ✓ accertamenti diagnostici e/o visite specialistiche fruite nei 120 giorni precedenti il ricovero per Grande Intervento chirurgico che, in fase consuntiva dovesse risultare non rientrante nell'elenco alla di cui Garanzia 1.
- ✓ accertamenti diagnostici e/o visite specialistiche che, pur rispondendo ai requisiti riportati, non rientrano nell'area di intervento del Fondo (Nomenclatore Base FasiOpen).

Per richiedere il rimborso degli accertamenti diagnostici, dovrà essere allegata, oltre alla documentazione di spesa dettagliata, prescrizione medica con diagnosi (medico specialista competente per diagnosi – diagnosi da non confondere con sintomatologia) e richiesta medica con descrizione dell'intervento da eseguire (gli accertamenti dovranno, quindi, essere pertinenti l'intervento) con specifica della data prevista per il Ricovero/intervento.

Per richiedere il rimborso delle visite specialistiche, dovrà essere allegata la fattura del medico specialista ove risulti inequivocabilmente il titolo di specializzazione (regolarmente registrata e rilevabile presso l'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri) e la descrizione dell'intervento da eseguire (le visite dovranno, quindi, essere pertinenti l'intervento). Le prestazioni suddette, rientranti quindi nella presente Garanzia, possono essere riconosciute esclusivamente in "forma indiretta" (rimborso all'assistito) indipendentemente se fruite o meno presso una Struttura Sanitaria rientrante nel network riconosciuto dal Fondo. Si prega pertanto, di porre attenzione quando si fruiscono le prestazioni poiché, le Strutture Sanitarie convenzionate, non sono in possesso dei dettagli delle singole Polizze.

Sono escluse dal Rimborso le visite odontoiatriche, psicoterapiche, di medicina estetica e quanto dettagliato nel paragrafo “Esclusioni” (del Nomenclatore Base) e quanto specificato nel paragrafo “Prestazioni non previste da FasiOpen” e/o a tutti queste riconducibili.

Si ricorda che, la fruizione della presente Garanzia, preclude l'eventuale

riconoscimento di qualsiasi tipo di Indennità/Diaria prevista dal Piano Sanitario.

Per assistito si intende il lavoratore e/o ciascun componente il nucleo familiare regolarmente iscritto presso il FasiOpen.

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO	€ 1.000
Dettaglio	Sottomassimali/Condizioni di rimborso previste
Accertamenti diagnostici e visite specialistiche attinenti all'intervento (Grande Intervento Chirurgico)	Prestazioni devono essere fruite nei 120 giorni precedenti l'inizio di un ricovero per grande intervento chirurgico (vedi elenco).

La garanzia non si applica nel caso in cui, all'atto del ricovero, non venga effettuato l'intervento chirurgico programmato.



GARANZIA 3 – Accertamenti Diagnostici, Visite Specialistiche e Terapie Post Ricovero per grandi interventi chirurgici

La presente Garanzia opera esclusivamente nell'ambito di accertamenti diagnostici e visite specialistiche eseguite ambulatorialmente, successivamente ad un Ricovero notturno per Grandi Interventi chirurgici (vedere elenco della Garanzia 1) ed esclusivamente se eseguiti nei 120 giorni successivi il Ricovero notturno per predetto intervento. Non rientrano nella Garanzia:

- ✓ accertamenti diagnostici e/o visite specialistiche fruiti nei 120 giorni successivi il ricovero svolto in regime diurno o ambulatoriale pur se l'intervento risulti compreso nell'elenco alla di cui Garanzia 1;
- ✓ accertamenti e/o visite specialistiche fruiti nei 120 giorni successivi il ricovero ma non riferibili a questo (esempio: ricovero per protesi di anca – visita oculistica eseguita nei 120 giorni dopo il ricovero. In tal caso la visita oculistica non è riferibile al ricovero e benché eseguita nell'arco temporale indicato, non sarà riconosciuta dal Fondo);
- ✓ accertamenti diagnostici e/o visite specialistiche fruiti nei 120 giorni successivi il ricovero per Grande Intervento chirurgico che, in fase consuntiva (esame della documentazione sanitaria) dovesse risultare non rientrante nell'elenco alla di cui Garanzia 1;
- ✓ accertamenti diagnostici e/o visite specialistiche che, pur rispondendo ai requisiti riportati, non rientrano nell'area di intervento del Fondo (Nomenclatore Base FasiOpen).

Per richiedere il rimborso degli accertamenti diagnostici, dovrà essere allegata, oltre alla documentazione di spesa dettagliata, prescrizione medica con diagnosi certa o presunta (medico specialista competente per diagnosi – diagnosi da non confondere con sintomatologia) e la copia completa della cartella clinica relativa al Ricovero notturno per Grande Intervento chirurgico. Per richiedere il rimborso delle visite specialistiche, dovrà essere allegata la fattura del medico specialista ove risulti inequivocabilmente il titolo di specializzazione (regolarmente registrata e rilevabile presso l'Ordine dei Medici) che dovrà risultare attinente all'intervento eseguito (Grande Intervento chirurgico).

Le prestazioni suddette, rientranti quindi nella presente Garanzia, possono essere riconosciute esclusivamente in "forma indiretta" (rimborsi all'assistito) e dovranno essere pertinenti l'intervento eseguito, indipendentemente se fruito o meno presso una Struttura Sanitaria rientrante nel network riconosciuto dal Fondo. Si prega pertanto, di porre attenzione quando si fruiscono le prestazioni poiché, le Strutture Sanitarie convenzionate, non sono in possesso dei dettagli delle singole Polizze. Sono escluse dal Rimborso, quanto non riconducibile al Ricovero per grande intervento chirurgico (sebbene fruito nel periodo compreso dalle condizioni), le visite odontoiatriche, psicoterapiche, di medicina estetica e quanto dettagliato nel paragrafo “Esclusioni” (del Nomenclatore Base) e quanto specificato nel paragrafo “Prestazioni non previste da FasiOpen” e/o a tutti queste riconducibili.

Per assistito si intende il lavoratore e/o ciascun componente il nucleo familiare regolarmente iscritto presso il FasiOpen.

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO	€ 1.500
Dettaglio	Sottomassimali/Condizioni di rimborso previste
Accertamenti diagnostici, visite specialistiche di controllo attinenti all'intervento (Grande Intervento Chirurgico) eseguito, terapie e trattamenti fisioterapici o riabilitativi ambulatoriali	Prestazioni devono essere fruite nei 120 giorni successive alla data di dimissione di un ricovero per grande intervento chirurgico (vedi elenco) e comunque attinenti all'intervento eseguito.



**Piano
Sanitario
“Purple”**

**Dettaglio
garanzie
incluse**

GARANZIA 4 – Diagnostica Ecografica

La presente Garanzia opera esclusivamente nell'ambito della diagnostica Ecografica eseguita ambulatorialmente, con qualsiasi tecnica, metodica ed apparecchiatura e, ove previsto dall'accertamento, è comprensiva di medicinali/farmaci, assistenza anestesiologicala, studio arterioso e venoso (quindi non è riconosciuto il doppio addebito).

Non rientrano nella Garanzia:

- ✓ accertamenti ecografici in stato di Gravidanza e/o a questa riconducibili;
- ✓ accertamenti ecografici eseguiti come esame propedeutico a Ricovero notturno per Grande Intervento chirurgico, pur se eseguiti nei 120 giorni precedenti il ricovero;
- ✓ accertamenti ecografici eseguiti come esame di controllo post Ricovero notturno per Grande Intervento chirurgico, pur se eseguiti nei 120 giorni successivi il ricovero;
- ✓ accertamenti ecografici, pur se ritenuti necessari, non rientranti nell'area di intervento del Fondo (Nomenclatore Base FasiOpen) e non specificatamente dettagliato nell'elenco esposto a seguire.
- ✓ il mezzo di contrasto eventualmente utilizzato oltre l'accertamento base in quanto, nella presente Garanzia, considerato compreso nell'esame stesso.

Per richiedere il rimborso degli accertamenti ecografici è necessario allegare, oltre alla documentazione di spesa, prescrizione medica con diagnosi certa o presunta (medico specialista competente per diagnosi – diagnosi da non confondere con sintomatologia) per il quale si sono resi necessari gli accertamenti, copia del referto dell'esame/i eseguito/i.

La presente Garanzia è attiva sia in forma indiretta, sia in forma diretta presso Strutture Sanitarie convenzionate e rientranti nel network riconosciuto dal Fondo. Per le prestazioni fruite in forma diretta, in caso di esami (rientranti nella presente Garanzia) eseguiti nel corso della stessa seduta, le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotti/addebitati al 50% (applicato comunque sul/sugli esame/i meno oneroso/i).

Per assistito si intende il lavoratore e/o ciascun componente il nucleo familiare regolarmente iscritto presso il FasiOpen.

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO	€ 200
Dettaglio	Sottomassimali/Condizioni di rimborso previste
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA (Vedere elenco)	FORMA DIRETTA: Quota Rimborso 30% FORMA INDIRETTA: Quota Rimborso 25%

Si precisa che:

- ✓ per addome superiore si intende: fegato, pancreas, milza, vasi addominali;
- ✓ per addome inferiore-pelvi si intende: reni, vescica, prostata e vescicole seminali (per uomo); reni utero, annessi, vescica (per donna);
- ✓ per le ecografie linfonodali, viene riconosciuto 1 esame per distretto linfonodale indipendentemente se trattasi di esame monolaterale o bilaterale;
- ✓ per gli esami ultrasonografici (doppler, ecodoppler, ecocolordoppler) bilaterali su arti superiori eseguiti nella medesima seduta/accesso degli esami bilaterali su arti inferiori, corrispondono ad un unico esame su quattro arti.

Elenco accertamenti ecografici

- ✓ Addominale superiore (esame completo)
- ✓ Addome inferiore-pelvi e superiore con valutazione intestino (esame completo)
- ✓ Ecocardiogramma doppler o colordoppler transesofageo
- ✓ Ecocardiogramma M Mode 2D
- ✓ Ecocardiogramma M MODE 2D doppler e colordoppler, con eventuali prove farmacologiche o sotto sforzo (ecocardiostress)
- ✓ Ecocardiogramma M Mode 2D e doppler, con eventuali prove farmacologiche o sotto sforzo (ecocardiostress)
- ✓ Ecografia endobronchiale
- ✓ Fegato e vie biliari - Ghiandole salivari bilaterali - Grossi vasi - Intestinale - Linfonodi mono/bilaterali - Mammaria monolaterale o bilaterale - Mediastinica o emitoracica - Milza - Muscolare, tendinea o articolare - Oculare e Orbitaria- Pancreatica - Parti molli - Pelvica (utero, annessi e vescica) - Peniena - Prostatica e vescicale, sovrapubica - Renale e surrenale bilaterale - Testicolare (bilaterale) - Tiroidea e paratiroidea - Vescicale (compreso eventuale uso del mezzo di contrasto)
- ✓ Prostatica e vescicale o anale e rettale, transrettale
- ✓ Renale, surrenale bilaterale e vescica
- ✓ Scrotale ed inguinale per ricerca testicolo ritenuto
- ✓ Transesofagea per gastroenterologia
- ✓ Transvaginale con eventuale colordoppler
- ✓ Vescicale perminzionale o intracavitaria transuretrale
- ✓ Arti superiori o inferiori (bilaterale): Doppler
- ✓ Arti superiori o inferiori (bilaterale): EcoDoppler
- ✓ Arti superiori o inferiori (bilaterale): EcocolorDoppler
- ✓ Arti superiori e inferiori (quattro arti): Doppler
- ✓ Arti superiori e inferiori (quattro arti): EcoDoppler
- ✓ Arti superiori e inferiori (quattro arti): EcocolorDoppler
- ✓ EcocolorDoppler di qualsiasi altro distretto o segmento vascolare arterioso-venoso non descritto
- ✓ Penieno o testicolare: Doppler
- ✓ Penieno o testicolare: EcoDoppler
- ✓ Penieno o testicolare: EcocolorDoppler
- ✓ Transcranico completo: EcoDoppler
- ✓ Transcranico completo: EcocolorDoppler
- ✓ Transcranico completo con analisi spettrale
- ✓ Tronchi sovraortici: Doppler
- ✓ Tronchi sovraortici: EcoDoppler
- ✓ Tronchi sovraortici: EcocolorDoppler
- ✓ Viscerale: Doppler
- ✓ Viscerale: EcoDoppler
- ✓ Viscerale: EcocolorDoppler
- ✓ Addominale inferiore-pelvi (esame completo)

GARANZIA 5 – Diagnostica e Terapie di alta specializzazione

La presente Garanzia opera esclusivamente nell'ambito della diagnostica di alta specializzazione eseguita ambulatorialmente, con qualsiasi tecnica, metodica ed apparecchiatura e, ove previsto dall'accertamento, è comprensiva di medicinali/farmaci, assistenza anestesiologicala, studio arterioso e venoso (quindi non è riconosciuto il doppio addebito).

Non rientrano nella Garanzia:

- ✓ accertamenti diagnostici di alta specializzazione eseguiti come esami propedeutici a Ricovero notturno per Grande Intervento, pur se eseguiti nei 120 giorni precedenti il ricovero;
- ✓ accertamenti diagnostici di alta specializzazione eseguiti come esami di controllo post Ricovero notturno per Grande Intervento chirurgico, pur se eseguiti nei 120 giorni successivi il ricovero;
- ✓ accertamenti diagnostici di alta specializzazione, pur se ritenuti necessari, non rientranti nell'area di intervento del Fondo (Nomenclatore Base FasiOpen) e/o non rientranti nella presente Garanzia.

Per richiedere il rimborso di quanto rientrante nella presente Garanzia è necessario allegare, oltre alla documentazione di spesa (procedura online), prescrizione medica con diagnosi certa o presunta (medico specialista competente per diagnosi – diagnosi da non confondere con sintomatologia) per il quale si sono resi necessari gli accertamenti, copia del referto dell'esame/i eseguito/i.

La presente Garanzia è attiva sia in forma indiretta, sia in forma diretta presso Strutture Sanitarie convenzionate e rientranti nel network riconosciuto dal Fondo. Per le prestazioni fruite in forma diretta, in caso di esami (rientranti nella presente Garanzia) eseguiti nel corso della stessa seduta, le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotti/addebitati al 50% (applicato comunque sul/sugli esame/i meno oneroso/i).

Si specifica che, il “mezzo di contrasto” è da considerarsi come “singola prestazione” (comunque non riconosciuta in assenza dell'esame principale) e pertanto, le condizioni di rimborso sotto riportate saranno applicate anche alla predetta voce/addebito (ovvero, viene calcolato il minimo non indennizzabile anche alla voce/prestazione “mezzo di contrasto”).

Per assistito si intende il lavoratore e/o ciascun componente il nucleo familiare regolarmente iscritto presso il FasiOpen.



Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO	€ 10.000
MINIMO NON INDENNIZZABILE per ciascuna voce/prestazione	€ 60
Dettaglio	Sottomassimali/Condizioni di rimborso previste
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE	<p>FORMA DIRETTA: Quota Rimborso 75%</p> <p>FORMA INDIRETTA: Quota Rimborso 75%</p>
TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA	
MEDICINA NUCLEARE (SCINTIGRAFIA)	
ANGIOGRAFIA (ANCHE CON CONTRASTO)	
TOMOGRAFIA (STRATIGRAFIA) DI ORGANI O APPARATI	
RADIOLOGIA TRADIZIONALE	
CHIEMIOTERAPIA AMBULATORIALE	
RADIOTERAPIA AMBULATORIALE	
DIAGNOSTICA NEUROLOGICA (EEG E/O EMG)	
QUALSIASI ESAME CONTRASTOGRAFICO IN RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	



Piano Sanitario "Purple"

Dettaglio garanzie incluse

GARANZIA 6 – Visite specialistiche ambulatoriali

Sono rimborsabili esclusivamente le visite specialistiche a scopo diagnostico con l'esclusione di quelle che si sono rese necessarie per la risoluzione dell'evento patologico (visite di controllo).

Non rientrano nella Garanzia:

- ✓ le visite specialistiche eseguite nei 120 giorni precedenti e/o successivi ad un Ricovero notturno per Grande Intervento chirurgico e riconducibili al ricovero/intervento stesso;
- ✓ +le visite mediche non effettuate da professionista con regolare specializzazione registrata e rilevabile presso l'Ordine dei Medici;
- ✓ le visite specialistiche rientranti nelle "Esclusioni" (del Nomenclatore Base) e quanto specificato nel paragrafo "Prestazioni non previste da FasiOpen" e/o quanto riconducibili a queste e/o quanto riconducibile a prestazioni non rientranti nell'area di intervento del Fondo (Nomenclatore Base FasiOpen).

Per richiedere il Rimborso è necessario allegare, la documentazione di spesa. Si ricorda che, dalla documentazione di spesa trasmessa dovrà risultare inequivocabilmente il titolo accademico di specializzazione (regolarmente registrato e rilevabile presso l'Ordine dei Medici). Si ricorda che, la prestazione eseguita non dovrà essere riconducibile ad altra Garanzia del presente Piano Sanitario. La presente Garanzia è attiva sia in forma indiretta, sia in forma diretta presso Strutture Sanitarie convenzionate e rientranti nel network riconosciuto dal Fondo. Si evidenzia, anche in questa sede, che non sono rimborsabili prestazioni di check-up e/o prevenzione al di fuori di quanto espressamente previsto dal proprio Piano Sanitario.

Per assistito si intende il lavoratore e/o ciascun componente il nucleo familiare regolarmente iscritto presso il FasiOpen.

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO	€ 1.000
MASSIMO RIMBORSO PER EVENTO (singola visita specialistica)	FORMA DIRETTA: € 200 FORMA INDIRETTA: € 180
MINIMO NON INDENNIZZABILE	Nessuno
Dettaglio	Sottomassimali/Condizioni di rimborso previste
Visite specialistiche ambulatoriali (fruite al di fuori dei 120 giorni pre o post ricovero per Grande Intervento)	FORMA DIRETTA: Quota Rimborso 100% FORMA INDIRETTA: Quota Rimborso 80%

**Piano
Sanitario
“Purple”****Dettaglio
garanzie
incluse****GARANZIA 7 – Ticket per prestazioni sanitarie fruito presso Strutture Sanitarie pubbliche o private accreditate**

La presente Garanzia opera nell’ambito di Ticket Sanitari per Accertamenti diagnostici, Visite specialistiche e Terapie.

Si precisa che sono rimborsabili, nei limiti di quanto esposto nelle condizioni, tutti i Ticket sanitari riferibili esclusivamente a prestazioni ricomprese nel Piano Sanitario e quindi, con l’esclusione di quelli riferibili a prestazioni non comprese nello stesso pur se riferibili ad accertamenti diagnostici, visite specialistiche, terapie e/o altre prestazioni rientranti nell’area di intervento del Fondo.

Altresì si ricorda che, il Ticket deve sempre riportare il dettaglio delle prestazioni eseguite e che, in considerazione delle diverse leggi Regionali, in caso di contemporaneo pagamento del Ticket e di prestazioni private (non riconosciute dal S.S.R), presenti sulla stessa ricevuta sanitaria, è necessario far indicare dalla Struttura Sanitaria quale importo è riferito al solo Ticket e/o quale importo è relativo a prestazioni fruito in regime privatistico. A tal proposito si precisa che, nell’ambito delle analisi di laboratorio, non è previsto alcun rimborso aggiuntivo per il prelievo in quanto lo stesso è ricompreso nelle prestazioni stesse (non può essere, quindi, considerato come prestazione privatistica e/o liquidabile oltre quanto previsto dal massimale per prescrizione). Nel caso di “prelievo domiciliare”, come quota aggiuntiva alla prestazione stessa, rientrerà esclusivamente nel massimale previsto dalla Garanzia se, esplicitamente riportata nella prescrizione medica (la richiesta dovrà comunque essere coerente con la patologia indicata in prescrizione e con il quadro clinico critico che ha reso necessario il prelievo presso il proprio domicilio).

La presente Garanzia è operativa sia in “forma indiretta” sia in “forma diretta”.



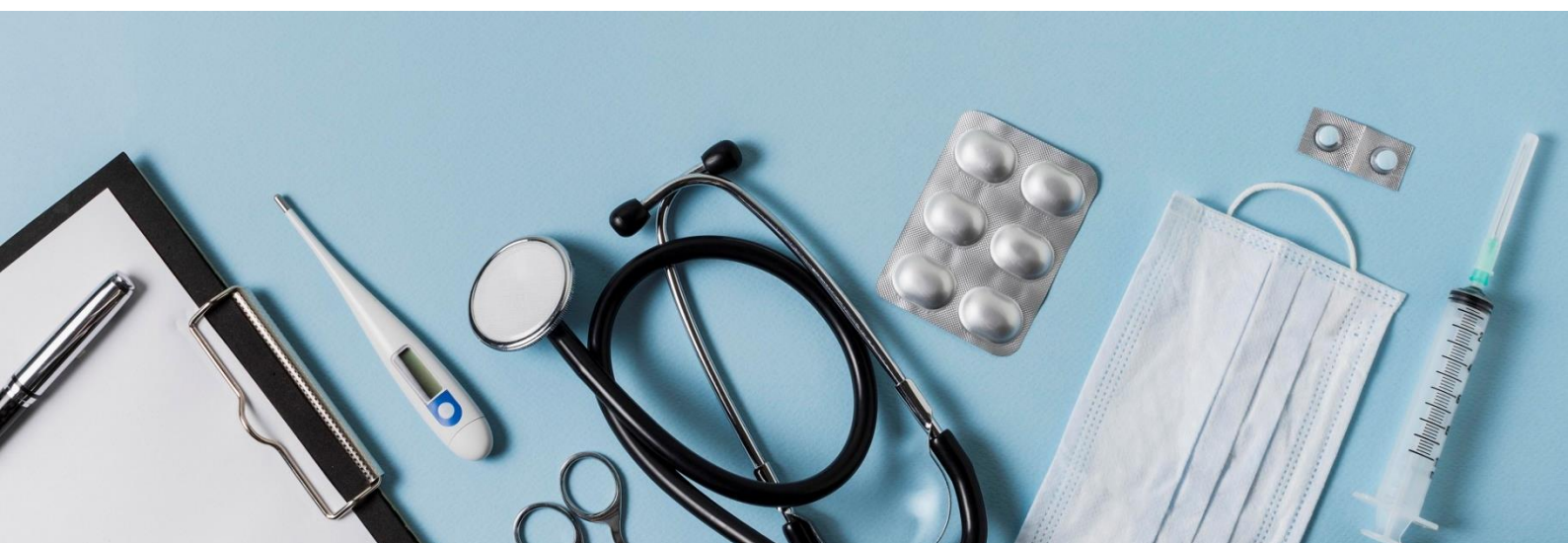
Per richiedere il rimborso è necessario allegare la documentazione di spesa da cui risulti, inequivocabilmente, l'applicazione del ticket, di eventuali quote privatistiche, il dettaglio delle prestazioni. Quanto presente nella documentazione di spesa, dovrà trovare riscontro con quanto presente nelle prescrizioni mediche con diagnosi che dovranno, obbligatoriamente, essere allegate. Si precisa che, eventuali analisi di laboratorio riferibili/riconducibili allo stato di gravidanza e saldate tramite Ticket, sono comunque criterio di esclusione della rimborsabilità delle ecografie in stato di gravidanza (e viceversa) previste dalla Garanzia 8 – Pacchetto Maternità.

Sono esclusi, dalla presente Garanzia, tutte le prestazioni private, tutte le prestazioni previste dalle "Esclusioni" (del Nomenclatore Base) e quanto riportato nel paragrafo "Prestazioni non previste da FasiOpen e/o a queste riconducibili oltre alle cure termali, i medicinali e le prestazioni odontoiatriche e, quant'altro esposto nel Nomenclatore Base come non rientrante nell'area di intervento del Fondo.

Si rammenta ancora una volta che il FasiOpen non rimborsa quote aggiuntive (introdotte dalla legge del 15/07/2011 n.11 e/o Quota Fissa Finanziaria 2011 e/o altre eventuali quote aggiuntive, oltre al Ticket).

Per assistito si intende il lavoratore e/o ciascun componente il nucleo familiare regolarmente iscritto presso il FasiOpen.

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO	€ 500
MASSIMO RIMBORSO PER EVENTO (singola prescrizione)	€ 36,15
Dettaglio	Sottomassimali/Condizioni di rimborso previste
TICKET PER PRESTAZIONI SANITARIE	FORMA DIRETTA: Quota Rimborso 100% FORMA INDIRETTA: Quota Rimborso 100%



GARANZIA 8 – Pacchetto Maternità

La Garanzia si suddivide in 2 sub-garanzie che differenziano l'intervento del Fondo per fase del percorso.

Sub-Garanzia 8.1 – Pacchetto Maternità ACCERTAMENTI

La Sub-Garanzia è operativa sia in “forma indiretta” sia in “forma diretta” presso Strutture Sanitarie rientranti nel network riconosciuto dal FasiOpen. La Sub-Garanzia prevede il rimborso, nei limiti di quanto previsto dalla stessa, delle Analisi Cliniche di Laboratorio oppure in alternativa di massimo 5 Ecografie in gravidanza. Si precisa che:

- Le eventuali analisi cliniche di laboratorio riconosciute dalla presente Sub-Garanzia:
 - ✓ sono esclusivamente quelle riferibili/riconducibili allo stato di gravidanza;
 - ✓ sono esclusivamente quelli rientranti nell'area di intervento del Fondo (sempre riferibili/riconducibili allo stato di gravidanza);
 - ✓ non prevedono i test di diagnosi prenatale (PrenatalSafe, Harmony, NIPT e similari a questi);
 - ✓ sono riconosciute, nei limiti previsti dalla Sub-Garanzia, solo ed esclusivamente se non rimborsate “ecografie in Gravidanza” siano quest'ultime fruite privatamente e/o tramite pagamento del Ticket;
 - ✓ inibiscono il riconoscimento dell'Indennità/Diaria per Ricovero per Parto (indipendentemente se fruite tramite Ticket o privatamente);

- La Diagnostica Prenatale non invasiva rientrante nella presente Garanzia comprende esclusivamente gli accertamenti indicati e sono riconosciuti esclusivamente in alternativa alle analisi cliniche (e quindi alle ecografie in gravidanza). Qualora l'accertamento dovesse rilevare la necessità di ulteriori indagini potrà essere riconosciuto (dietro presentazione del referto relativo al Bi-Test o Tri- Test) il rimborso relativo all'Amniocentesi oppure alla Villocentesi.

- Le eventuali ecografie in gravidanza riconosciute dalla presente Sub-Garanzia:
 - ✓ sono esclusivamente quelle riferibili/riconducibili allo stato di gravidanza;
 - ✓ sono esclusivamente quelle rientranti nell'area di intervento del Fondo (sempre riferibili/riconducibili allo stato di gravidanza);
 - ✓ non sono previste nella Garanzia 4 “Diagnostica Ecografica” (e viceversa);
 - ✓ sono riconosciute, nei limiti previsti dalla Sub-Garanzia, solo ed esclusivamente se non rimborsate “analisi cliniche di laboratorio” siano quest'ultime fruite privatamente e/o tramite pagamento del Ticket;
 - ✓ inibiscono il riconoscimento dell'Indennità/Diaria per Ricovero per Parto (indipendentemente se fruite tramite Ticket o privatamente).

Per fruire dei Rimborsi è sempre indispensabile allegare, oltre alla documentazione di spesa, la prescrizione medica degli accertamenti che evidenzia nella diagnosi lo stato di gravidanza “aggiornato” (ovvero non è possibile, nel caso di prestazioni svolte in

regime privato, presentare al rimborso prescrizioni mediche già inoltrate al Fondo pur se non risultino variazioni sugli accertamenti stessi). Qualora in alternativa alle analisi cliniche di laboratorio venga effettuato un accertamento di diagnostica prenatale non invasiva, oltre alla documentazione di spesa, dovrà essere inoltrata la prescrizione medica ed il referto dell'accertamento eseguito. Nel solo caso in cui, da tale esame risulti fondato motivo di ulteriore accertamento, potrà essere riconosciuto il rimborso dell'Amniocentesi oppure della Villocentesi sempre dietro presentazione della documentazione di spesa, referto del Bi-Test/Tri-Test, prescrizione medica per l'Amniocentesi o Villocentesi. Si precisa che, Amniocentesi o Villocentesi potranno essere riconosciuti solo ed esclusivamente se precedentemente richiesto al FasiOpen (quindi liquidato) il rimborso del Bi-Test o Tri-Test (no Ticket) con referto positivo.

Non rientrano nella presente Garanzia/Sub-Garanzia, esami/accertamenti (qualsiasi)/prestazioni al di fuori di quanto espressamente riportato e non rientra quanto esplicitamente esposto nelle "Esclusioni" (del Nomenclatore Base), quanto riportato nel paragrafo "Prestazioni non previste da FasiOpen" e/o quanto non rientrante nell'area di intervento del Fondo.

Accertamento	Descrizione	Massimali di rimborso previsti
ANALISI CLINICHE DI LABORATORIO	MASSIMO RIMBORSO PER GRAVIDANZA	€ 300
	MASSIMO RIMBORSO PER EVENTO	€ 300
	Sottomassimali/Condizioni di rimborso previste	
	FORMA DIRETTA: Quota Rimborso 100% FORMA INDIRETTA: Quota Rimborso 80%	
IN ALTERNATIVA ALLE ANALISI CLINICHE		
DIAGNOSTICA PRENATALE NON INVASIVA (Bi-Test oppure Tri-Test)	MASSIMO RIMBORSO PER GRAVIDANZA	€ 200
	MASSIMO RIMBORSO PER EVENTO	€ 200
IN CASO DI POSITIVITA' DEL Bi-Test o Tri-Test		
AMNIOCENTESI oppure VILLOCENTESI (biopsia dei Villi Coriali)	MASSIMO RIMBORSO PER GRAVIDANZA	€ 200
	MASSIMO RIMBORSO PER EVENTO	€ 200
IN ALTERNATIVA ALLE ANALISI CLINICHE (quindi in alternativa alla Diagnostica Prenatale non invasiva)		
Accertamento	Descrizione	Massimali di rimborso previsti
ECOGRAFIE IN GRAVIDANZA	MASSIMO RIMBORSO PER GRAVIDANZA	Massimo 5 Ecografie in Gravidanza
	Sottomassimali/Condizioni di rimborso previste	
	FORMA DIRETTA: Quota Rimborso 100% FORMA INDIRETTA: Quota Rimborso € 75 per singola Ecografia in Gravidanza	

Sub-Garanzia 8.2 – Pacchetto Maternità RICOVERO PER PARTO

La Sub-Garanzia prevede il riconoscimento di:

- ✓ indennità/Diaria per notte, nella sola forma indiretta, nel caso di Ricovero per Parto effettuato tramite S.S.N. Si ricorda che tale Indennità/Diaria viene riconosciuta esclusivamente per il soggetto a cure, ovvero solo ed esclusivamente alla partoriente fermo restando la sussistenza della regolarità della posizione amministrativa della stessa all'atto del ricovero per parto. Non è dunque riconosciuta alcuna indennità per un eventuale familiare accompagnatore e/o figlio minore (questi ultimi pur se regolarmente iscritti). L'indennità/Diaria per Ricovero per Parto è riconosciuta, nei limiti esposti dalla presente Sub-Garanzia, dietro esplicita richiesta dell'assistita/partoriente, solo ed esclusivamente se non è stato richiesto a FasiOpen alcun rimborso per “Ricovero per Parto” (qualsiasi tipologia) o per “Accertamenti in Gravidanza” siano essi fruiti tramite Ticket o privatamente (indipendentemente se in forma indiretta o forma diretta). Per richiedere il riconoscimento dell'Indennità/Diaria è necessario inoltrare la richiesta accompagnata dalla copia completa, leggibile, della cartella clinica del Ricovero per Parto entro e non oltre i 3 mesi dalla data di dimissione del predetto Ricovero.
- ✓ Ricovero per Parto Eutocico (parto naturale), sia esso effettuato in forma indiretta sia in forma diretta. Quanto previsto dal massimale/submassimale/condizioni di rimborso previste, deve ritenersi omnicomprensivo di tutte le competenze (addebiti Struttura Sanitaria, equipe medico/ostetrica ecc.). Quanto previsto dal submassimale/condizioni di rimborso previste non si somma a quanto previsto per l'indennità per ricovero per parto (indipendentemente dalla tipologia di parto). Si precisa che, indipendentemente dalla forma di accesso (indiretta o diretta), in caso di conversione del ricovero, da parto naturale a parto cesareo o aborto terapeutico, i massimali previsti non si sommano e sarà riconosciuta esclusivamente la procedura finale e quindi il relativo massimale (e viceversa). Per richiedere il rimborso, entro i limiti massimi previsti (3 mesi dalla data di dimissione), oltre la documentazione di spesa, è necessario allegare la copia della cartella clinica completa e leggibile.
- ✓ Ricovero per Parto Cesareo, sia esso effettuato in forma indiretta sia in forma diretta. Quanto previsto dal massimale/submassimale/condizioni di rimborso previste, deve ritenersi omnicomprensivo di tutte le competenze (addebiti Struttura Sanitaria, equipe medico/ostetrica ecc.). Quanto previsto dal massimale, submassimale/condizioni di rimborso previste non si somma a quanto previsto per l'indennità per ricovero per parto (indipendentemente dalla tipologia di parto). Si precisa che, indipendentemente dalla forma di accesso (indiretta o diretta), in caso di conversione del ricovero, da parto cesareo a parto naturale o aborto terapeutico, i massimali previsti non si sommano e sarà riconosciuta esclusivamente la procedura finale e quindi il relativo massimale (e viceversa). Per richiedere il rimborso, entro i limiti massimi previsti (3 mesi dalla data di dimissione) oltre la documentazione di spesa, è necessario allegare la copia della cartella clinica completa e leggibile.
- ✓ Ricovero per Aborto Terapeutico, sia esso effettuato in forma indiretta sia in forma diretta. Quanto previsto dal massimale/submassimale/condizioni di rimborso previste, deve ritenersi omnicomprensivo di tutte le competenze (addebiti Struttura Sanitaria, equipe medico/ostetrica ecc.). Quanto previsto dal massimale, submassimale/condizioni di rimborso previste non si somma a quanto previsto per l'indennità per ricovero per parto (indipendentemente dalla tipologia di parto). Si

precisa che, indipendentemente dalla forma di accesso (indiretta o diretta), in caso di conversione del ricovero (come sopra esposto), i massimali previsti non si sommano e sarà riconosciuta esclusivamente la procedura finale e quindi il relativo massimale (e viceversa). Per richiedere il rimborso, entro i limiti massimi previsti (3 mesi dalla data di dimissione), oltre la documentazione di spesa, è necessario allegare la copia della cartella clinica completa e leggibile.

- ✓ Sedute per supporto psicologico nell'immediato post parto, sia in forma indiretta sia in forma diretta, se effettuate e fatturate (entro i 150 giorni successivi al parto) da medico specializzato in psichiatria o psicologia clinica o se effettuate da psicologi o psicoterapeuta regolarmente iscritto all'ordine. Le terapie devono essere svolte presso un centro clinico specializzato. Per richiedere il rimborso, entro i limiti massimi previsti dalla Garanzia stessa, oltre alla documentazione di spesa da cui risulti inequivocabilmente il titolo accademico del professionista ed il numero di iscrizione all'ordine, la copia della cartella clinica relativa al ricovero per parto e la specifica delle date relative alle singole sedute. Anche in questo caso, si ricorda che il limite temporale per le predette Visite/Sedute (150 giorni post parto) decorre dalla data di dimissione dal ricovero.



Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER PARTO EUTOCICO (parto naturale)	FORMA DIRETTA: € 3.000 FORMA INDIRETTA: € 3.000
MASSIMO RIMBORSO PER PARTO CESAREO	FORMA DIRETTA: € 5.000 FORMA INDIRETTA: € 5.000
MASSIMO RIMBORSO PER ABORTO TERAPEUTICO	FORMA DIRETTA: € 2.000 FORMA INDIRETTA: € 2.000
MASSIMO RIMBORSO PER INDENNITÀ PER NOTTE (solo in forma indiretta)	€ 100
MASSIMO RIMBORSO PER SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO PER GRAVIDANZA	€ 360
Dettaglio	Sottomassimali/Condizioni di rimborso previste
PARTO EUTOCICO (parto naturale)	FORMA DIRETTA: Franchigia a carico assistito € 500 FORMA INDIRETTA: Franchigia a carico assistito € 500
PARTO CESAREO	FORMA DIRETTA: Franchigia a carico assistito € 1.000 FORMA INDIRETTA: Franchigia a carico assistito € 1.000
ABORTO TERAPEUTICO	FORMA DIRETTA: Franchigia a carico assistito € 500 FORMA INDIRETTA: Franchigia a carico assistito € 500
INDENNITA' PER RICOVERO PER PARTO (solo forma indiretta)	FORMA INDIRETTA: Massimo 10 notti per Ricovero per Parto tramite S.S.N
SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO	FORMA DIRETTA: € 60 per Visita/Seduta per massimo 6 Visite/Sedute nei 150 giorni post parto FORMA INDIRETTA: € 60 per Visita/Seduta per massimo 6 Visite/Sedute nei 150 giorni post parto

**Piano
Sanitario
“Purple”**

**Dettaglio
garanzie
incluse**

GARANZIA 9 – Pacchetti Prevenzione

La presente Garanzia opera sia in “forma indiretta” sia in “forma diretta” presso le Strutture Sanitarie rientranti nel network riconosciuto da FasiOpen che hanno aderito ai Pacchetti Prevenzione.

È riconosciuto da FasiOpen 1 Pacchetto Prevenzione l'anno (indipendentemente se fruito in forma indiretta o diretta) secondo la data di fatturazione del primo “Pacchetto” con la particolarità che, il medesimo Pacchetto è ripetibile ogni 2 anni (secondo la data di fatturazione). Esempio: l'assistito esegue il Pacchetto X – data fattura 20/01/2022 – a partire dal 21/01/2023 può eseguire il Pacchetto Y – alla data del 22/01/2024 potrà eseguire nuovamente il Pacchetto X oppure scegliere un diverso Pacchetto (mentre il pacchetto Y sarà ripetibile nel 2025).

Gli accertamenti previsti da ogni singolo Pacchetto dovranno essere eseguiti in una unica soluzione (indipendentemente se fruiti in forma indiretta o diretta). Ogni Pacchetto è fruibile solo se l'assistito rientra in specifiche fasce di età/sexo (riportate nello schema a seguire) previste dal Pacchetto stesso.

Per richiedere il rimborso di un Pacchetto Prevenzione è necessario inoltrare la documentazione di spesa da cui siano inequivocabilmente rilevabili, come eseguiti in una unica soluzione, tutti gli accertamenti previsti dal Pacchetto stesso.

Il FasiOpen si riserva la facoltà di richiedere copia dei referti degli accertamenti previsti dai singoli Pacchetti Prevenzione, nel caso in cui ne ravvisasse la necessità per la definizione della pratica.

Accertamenti Diagnostici diversi da quelli indicati nella presente Garanzia, rilevabili dai giustificativi di spesa, non concorreranno alla valorizzazione delle singole prevenzioni (ovvero, non possono considerarsi sostitutivi di quelli previsti dal Pacchetto indipendentemente dalla spesa sostenuta), bensì, se rientranti in altre Garanzie, saranno eventualmente riconosciute nei limiti delle condizioni previste da quest'ultime.

Per assistito si intende il lavoratore e/o ciascun componente il nucleo familiare regolarmente iscritto presso il FasiOpen.

Descrizione	Prestazioni Previste	Massimali di rimborso previsti	Sesso	Fascia di Età
CARDIOVASCOLARE DONNA	<ul style="list-style-type: none"> - Emocromocitometrico e Morfologico - Velocità di sedimentazione delle emazie (VES) - Glicemia - Azotemia - Creatininemia - Colesterolo HDL - Colesterolo LDL - Colesterolo Totale - Transaminasi Glutammico Ossalacetica (GOT) e Glutammico Piruvica (GPT) - Urine, esame chimico e microscopico completo - E.C.G 	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 90	DONNA	Età Uguale o maggiore di 45 anni

Descrizione	Prestazioni Previste	Massimali di rimborso previsti	Sesso	Fascia di Età
ONCOLOGICA DONNA	<ul style="list-style-type: none"> - Emocromocitometrico e Morfologico - Velocità di sedimentazione delle emazie (VES) - Glicemia - Azotemia - Creatininemia - Colesterolo HDL - Colesterolo LDL - Colesterolo Totale - Transaminasi Glutammico Ossalacetica (GOT) e Glutammico Piruvica (GPT) - Urine, esame chimico e microscopico completo - Citologico per Diagnostica Tumorale (PAP Test) o citologico endocervicale – più striscio batteriologico - Mammografia Bilaterale 	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 200	DONNA	Età Uguale o maggiore di 45 anni
CARDIOVASCOLARE UOMO	<ul style="list-style-type: none"> - Emocromocitometrico e Morfologico - Velocità di sedimentazione delle emazie (VES) - Glicemia - Azotemia - Creatininemia - Colesterolo HDL - Colesterolo LDL - Colesterolo Totale - Transaminasi Glutammico Ossalacetica (GOT) e Glutammico Piruvica (GPT) - Urine, esame chimico e microscopico completo - E.C.G 	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 90	UOMO	Età Uguale o maggiore di 45 anni
ONCOLOGICA UOMO	<ul style="list-style-type: none"> - Emocromocitometrico e Morfologico - Velocità di sedimentazione delle emazie (VES) - Glicemia - Azotemia - Creatininemia - Colesterolo HDL - Colesterolo LDL - Colesterolo Totale - Transaminasi Glutammico Ossalacetica (GOT) e Glutammico Piruvica (GPT) - Urine, esame chimico e microscopico completo - Antigene Prostatico Specifico (PSA) - Ecografia Prostatica e Vescicale Sovrapubica 	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 150	UOMO	Età Uguale o maggiore di 45 anni
OCULISTICA	<ul style="list-style-type: none"> - O.C.T. – Tomografia a coerenza ottica - Pachimetria Corneale - Campimetria Computerizzata (VCP) - Consegna del Referto da parte dell'Oculista 	FORMA DIRETTA: € 180 FORMA INDIRETTA: € 120	UOMO/ DONNA	Età Uguale o maggiore di 40 anni
CANCRO DELLA TIROIDE	<ul style="list-style-type: none"> - TSH (Ormone Tireotropo) - Ecografia Tiroidea 	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 50	UOMO/ DONNA	Età Uguale o maggiore di 45 anni
MELANOMA	<ul style="list-style-type: none"> - Visita Dermatologica - Mappatura Nevica - Epiluminescenza - Consegna immagini/foto esame 	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 70	UOMO/ DONNA	Età Uguale o maggiore di 50 anni

Descrizione	Prestazioni Previste	Massimali di rimborso previsti	Sesso	Fascia di Età
SINDROME DISMETABOLICA	<ul style="list-style-type: none"> - Glicemia - Colesterolo HDL - Colesterolo LDL - Colesterolo Totale - Trigliceridi - Microalbuminuria - Uricemia 	FORMA DIRETTA: € 30 FORMA INDIRETTA: € 30	UOMO/ DONNA	Età Uguale o maggiore di 50 anni

GARANZIA 10 – Odontoiatria

La Garanzia è operativa sia in “forma diretta” sia in “forma indiretta”, esclusivamente se eseguite da un medico odontoiatra laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria oppure da un medico chirurgo laureato in medicina e chirurgia prima di gennaio 1980, quelli rientranti nel D.Lgs. 386/1998 e quelli che risultano aver conseguito la specializzazione in uno dei campi odontoiatrici riconosciuti nel D.M. del 18 settembre 2000; in tutti i casi, il titolo e la relativa specializzazione deve regolarmente essere registrata e rilevabile presso l'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

Sono pertanto esclusi i Rimborsi di Ticket riferibili a prestazioni odontoiatriche.

Si specifica che, le prestazioni odontoiatriche, sono soggette a limiti temporali di rimborsabilità e, per le prestazioni implantologiche, protesiche (protesi fisse definitive relative ad impianti osteointegrati), è previsto l'obbligo di presentazione di documentazione pre e post cure oltre che di un piano di cure preventivo (tramite modulo dedicato alla forma indiretta). Non è necessario attendere l'esito del piano di cure preventivo per iniziare i trattamenti di cui si necessita; la verifica da parte del Fondo è di natura prettamente amministrativa e non vuole, in alcun modo, entrare nel merito della scelta terapeutica seguita dal proprio medico odontoiatra e/o della Struttura Sanitaria.

L'esito del piano di cure, è atto ad evidenziare eventuali incompatibilità medico-amministrative tra i codici prestazioni identificati, con particolare riguardo a quanto indicato nella Garanzia, limiti temporali e obblighi per le singole prestazioni.

Si precisa che il limite temporale di rimborsabilità indica, l'intervallo di tempo necessario affinché una prestazione possa essere nuovamente riconosciuta dal Fondo su un determinato elemento dentario/sedi dentarie o arcate/emiarcate (ove previsto).

A maggior chiarimento, si evidenzia che le prestazioni odontoiatriche vengono imputate sui singoli elementi dentari/sedi dentarie o arcate/emiarcate (ove previsto), sulla base della data fattura di saldo delle prestazioni stesse. A titolo di esempio, se una otturazione è rimborsabile una volta ogni 3 anni su un determinato elemento dentario e viene, ad esempio, rimborsata con fattura datata 03/03/2022, questa non sarà nuovamente riconosciuta sul medesimo elemento/sede dentaria prima del 04/03/2025.

La valutazione dei limiti temporali e/o delle compatibilità delle voci/prestazioni avviene in funzione della contestualità della richiesta di prestazioni, di quelle già liquidate al momento dell'esame della richiesta e non può tenere conto delle prestazioni presenti nelle richieste in via di definizione e/o di quelle ancora non risultanti presso il Fondo.

Per l'inoltro della richiesta di rimborso per prestazioni odontoiatriche, è necessario inoltrare il “Modulo di Richiesta Prestazioni” compilato in tutte le sue parti (se si richiedono solo prestazioni senza obbligo di piano di cure) oppure il modulo allegato all'esito del Piano di cure (nel caso in cui si richiedano prestazioni con obbligo di presentazione del Piano di cure preventivo e/o contemporaneamente prestazioni senza obbligo). La richiesta di rimborso per prestazioni odontoiatriche deve essere inoltrata (correttamente compilata) a FasiOpen insieme alla fattura di saldo entro e non oltre 3 mesi dalla data della fattura di saldo stesso.

Si invita pertanto gli assistiti nel porre attenzione alle tempistiche di inoltro del Piano di cure (ove necessario), poiché, l'inoltro dello stesso non rappresenta una deroga ai

Piano Sanitario "Purple"

Dettaglio garanzie incluse

termini massimi di presentazione della richiesta di rimborso. Nel ricordare che, la documentazione di spesa deve sempre essere intestata all'assistito al quale sono state eseguite le cure (nel caso di assistiti minorenni, anche se la fattura viene intestata al titolare dell'iscrizione, il nome del minore soggetto a cure deve comunque essere chiaramente riportato nella fattura stessa, dovendo essere sempre identificabile il soggetto principale come da normativa fiscale) e che non è possibile presentare un giustificativo di spesa relativo a prestazioni fruito da più familiari/assistiti, si sottolinea che le fatture di acconto non sono rimborsabili. In particolare, si rammenta di prendere visione di quanto specificato nel paragrafo "Odontoiatria" soprattutto in relazione alla distinzione tra Fatture di acconto, Fatture di saldo parziale e fatture di saldo.

Per le prestazioni odontoiatriche fruito in "forma diretta" presso una Struttura Sanitaria rientrante nel network riconosciuto dal Fondo, si invita gli iscritti/assistiti nel non inviare al Fondo, richieste di rimborso relative alle eccedenze rimaste a carico degli stessi poiché il FasiOpen riconosce (ove ricorrano i presupposti) direttamente alla Struttura Sanitaria convenzionata, il massimo previsto come compartecipazione alla spesa. Per le prestazioni odontoiatriche fruito in forma diretta, tutte le procedure amministrative per l'inoltro della/e richiesta/e di rimborso sono in carico alla Struttura stessa.

Impianti e relative corone

La garanzia si intende omnicomprensiva di chirurgia implantare, vite osteointegrata, mesostruttura di ricostruzione su impianto e relativa riabilitazione definitiva con corona 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 implantare, 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 e dalla modalità prevista 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 sebbene quest'ultimi 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.

Trattamento Ortodontico

Le terapie ortodontiche, indipendentemente dalla tipologia di trattamento, sono rimborsabili per massimo 3 anni, anche non consecutivi, indipendentemente dal numero delle arcate e comunque entro l'anno (1° gennaio-31 dicembre) nel quale si compiono i 18 anni di età.

Si ricorda che, non è possibile presentare una richiesta di rimborso per trattamento

Piano Sanitario "Purple"

Dettaglio garanzie incluse

ortodontico con documentazione di spesa che si riferisce a più anni di trattamento. Il submassimale previsto per il trattamento ortodontico, all'interno del massimale annuo previsto dalla Garanzia, si intende indipendentemente dal numero delle arcate per anno. Eventuali submassimali annui non fruiti e/o residui di submassimali annui non fruiti non si cumulano con quelli degli anni successivi (se rimanenti).

Si precisa che, nell'ambito del trattamento ortodontico e quindi, nell'ambito dei 3 anni massimi (entro i 18 anni), la terapia di mantenimento per contenzione (sia essa fissa che mobile) è rimborsabile solo ed esclusivamente 1 volta (secondo il massimale annuo) indipendentemente dal numero di arcate sottoposte a trattamento. Si prega pertanto, di porre attenzione all'inoltro delle richieste di rimborso prestazioni poiché, la contenzione ortodontica viene eseguita al termine della terapia e pertanto, il suo riconoscimento da parte del Fondo inibisce la possibilità del successivo riconoscimento del trattamento ortodontico (qualsiasi tipologia indipendentemente dall'arcata) pur se non si è fruito di tutti gli anni di rimborso massimi previsti.

Documentazione obbligatoria da presentare per accedere al rimborso

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 al Piano di Cure e alla documentazione di spesa è necessario allegare:

- ✓ Documentazione radiografica pre cure (ortopantomica – rx endorale – bite wings – dntascan 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", "Estrazione di terzo molare in disodontiasi" e "Germectomia"). Come documentazione pre cure non vengono considerate valide: fotografie intraorali; diapositive; documentazione radiografica antecedente l'anno di attivazione della copertura.
- ✓ Documentazione radiografica post cure (ortopantomica – rx endorale – bite wings – dntascan o tomografia a fascio conico) ovvero, documentazione radiografica che mostri l'impianto osteointegrato riabilitato con corona protesica definitiva.

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.

Per assistito si intende il lavoratore e/o ciascun componente il nucleo familiare regolarmente iscritto presso il FasiOpen.

Descrizione		Massimali di rimborso previsti	
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO		€ 2.400	
Codice prestazione	Dettaglio	Sottomassimali/Condizioni di rimborso previste	
6130	VISITA SPECIALISTICA ODONTOIATRICA CON EVENTUALE PIANO DI CURE	Rimborsabile massimo 1 volta l'anno	SOLO FORMA DIRETTA
6261	PREVENZIONE CANCRO CAVO ORALE	Rimborsabile massimo 1 volta l'anno	SOLO FORMA DIRETTA
6137	IGIENE ORALE: DETARTRASI	Rimborsabile massimo 2 volte l'anno	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 10 per Detartrasi FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 25
2583	CHIRURGIA GENGIVALE PER ARCATA (INCLUSO QUALSIASI TIPO DI LEMBO - INCLUSA SUTURA) - A PARTIRE DAI 17 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile una volta ogni 5 anni indipendentemente dall'età. Non sovrapponibile ad altra chirurgia sulla stessa arcata.	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 77,50
30311	CHIRURGIA GENGIVALE PER ARCATA (INCLUSO QUALSIASI TIPO DI LEMBO - INCLUSA SUTURA) - FINO A 16 ANNI COMPIUTI		FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 77,50
2584	CHIRURGIA MUCO-GENGIVALE O ABBASSAMENTO DI FORNICE, PER ARCATA (INCLUSO QUALSIASI TIPO DI LEMBO - INCLUSA SUTURA) - A PARTIRE DAI 17 ANNI DI ETÀ		FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 117,50
30312	CHIRURGIA MUCO-GENGIVALE O ABBASSAMENTO DI FORNICE, PER ARCATA (INCLUSO QUALSIASI TIPO DI LEMBO - INCLUSA SUTURA) - FINO A 16 ANNI COMPIUTI		FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 117,50
2585	CHIRURGIA OSSEA (INCLUSO QUALSIASI TIPO DI LEMBO DI ACCESSO - INCLUSA SUTURA) TRATTAMENTO COMPLETO PER EMIARCATA - A PARTIRE DAI 17 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile una volta ogni 5 anni sulla stessa emiarcata indipendentemente dall'età. Non sovrapponibili ad altra chirurgia sulla stessa emiarcata. <u>OBLIGHI:</u> <u>Per il codice 2587 trasmissione del piano di cure preventivo contestualmente all'impianto/i osteointegrato/i</u>	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 130,00
30313	CHIRURGIA OSSEA (INCLUSO QUALSIASI TIPO DI LEMBO DI ACCESSO - INCLUSA SUTURA) TRATTAMENTO COMPLETO PER EMIARCATA - FINO A 16 ANNI COMPIUTI		FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 130,00
2586	GENGIVECTOMIA COME UNICA PRESTAZIONE - PER EMIARCATA - A PARTIRE DAI 17 ANNI DI ETÀ		FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 34,50
30314	GENGIVECTOMIA COME UNICA PRESTAZIONE - PER EMIARCATA - FINO A 16 ANNI COMPIUTI		FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 34,50

Codice prestazione	Dettaglio	Sottomassimali/Condizioni di rimborso previste	
2587	INSERIMENTO DI MATERIALE BIOCOMPATIBILE (INCLUSO QUALSIASI TIPO DI LEMBO) - PER EMIARCATA - PRESTAZIONE RIMBORSABILE SOLO IN CASO DI CHIRURGIA IMPLANTARE	Rimborsabile una volta ogni 5 anni sulla stessa emiarcata indipendentemente dall'età. Non sovrapponibili ad altra chirurgia sulla stessa emiarcata.	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 85,00
2589	SPLINTAGGIO INTERDENTALE - QUALSIASI MATERIALE IMPIEGATO - SOLO PER PROBLEMATICHE PARODONTALI A PARTIRE DAI 25 ANNI DI ETÀ - PER EMIARCATA	<u>OBLIGHI:</u> <u>Per il codice 2587 trasmissione del piano di cure preventivo contestualmente all'Impianto/i osteointegrato/i</u>	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 32,00
2602	INCAPPUCCIAMENTO DELLA POLPA DIRETTO-INDIRETTO - AD ELEMENTO PERMANENTE - DAI 17 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile una volta ogni 3 anni sullo stesso elemento dentario	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 14,50
30322	INCAPPUCCIAMENTO DELLA POLPA DIRETTO - INDIRETTO - DECIDUI O PERMANENTI - AD ELEMENTO - FINO A 16 ANNI COMPIUTI	Rimborsabile una volta ogni 3 anni sullo stesso elemento dentario. Non assimilabile alla sigillatura	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 14,50
2650	OTTURAZIONE DI CAVITÀ DI 1° - 3° - 5° CLASSE - QUALSIASI MATERIALE - AD ELEMENTO PERMANENTE DAI 17 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile 1 volta ogni 3 anni, sulla stessa sede dentaria indipendentemente se elemento deciduo o permanente ed indipendentemente dall'età	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 40 per singola otturazione FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 10 per singola otturazione
2667	OTTURAZIONE DI CAVITÀ DI 2° - 4° CLASSE - QUALSIASI MATERIALE - AD ELEMENTO PERMANENTE DAI 17 ANNI DI ETÀ		
30324	OTTURAZIONE DI QUALSIASI CAVITÀ DI 1° - 2° - 3° - 4° - 5° CLASSE - QUALSIASI MATERIALE - AD ELEMENTO PERMANENTE FINO AI 16 ANNI DI ETÀ		
30325	OTTURAZIONE DI ELEMENTO DECIDUO (QUALSIASI CLASSE - QUALSIASI MATERIALE - RIMBORSABILE UNA VOLTA OGNI 3 ANNI NELLA STESSA SEDE DENTARIA INDIPENDENTEMENTE SE ELEMENTO DECIDUO O PERMANENTE)		
2603	INTARSIO IN LP (ORO) O CERAMICA INTEGRALE INLAY O ONLAY COMPRENSIVO DI BUILD UP E PROVVISORIO AD ELEMENTO PERMANENTE - INDIRETTO - DAI 17 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile una volta ogni 5 anni sullo stesso elemento dentario/sede dentaria, indipendentemente dall'età o se deciduo o permanente. Non rimborsabile sul gruppo anteriore da canino a canino e non sovrapponibile ad altro tipo di intarsio	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 89,50
2632	INTARSIO IN RESINA O IN COMPOSITO O CAD CAM - INLAY O ONLAY COMPRENSIVO DI BUILD UP E PROVVISORIO - AD ELEMENTO PERMANENTE - DIRETTO/INDIRETTO - DAI 17 ANNI DI ETÀ		FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 89,50

Codice prestazione	Dettaglio	Sottomassimali/Condizioni di rimborso previste	
30323	INTARSIO PER ELEMENTO DECIDUO/PERMANENTE - INDIPENDENTEMENTE DAL MATERIALE/METODICA/TECNICA - INLAY O ONLAY O OVERLAY COMPRESIVO DI BUILD UP E PROVVISORIO - AD ELEMENTO DECIDUO/PERMANENTE - DIRETTO/INDIRETTO INDIPENDENTEMENTE DAL NUMERO DI SUPERFICI - FINO A 16 ANNI COMPIUTI	Rimborsabile una volta ogni 5 anni sullo stesso elemento dentario/sede dentaria, indipendentemente dall'età o se deciduo o permanente. Non rimborsabile sul gruppo anteriore da canino a canino e non sovrapponibile ad altro tipo di intarsio	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 89,50
2609	RICOSTRUZIONE DEL DENTE CON ANCORAGGIO A VITE O A PERNO DI ELEMENTI DENTARI DECIDUI O PERMANENTI DEVITALIZZATI (CONTESTUALMENTE O PRECEDENTEMENTE TRATTATI) - AD ELEMENTO - DAI 17 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile una volta ogni 3 anni sullo stesso elemento dentario/sede dentaria indipendentemente dall'età e/o se deciduo o permanente	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 27,50
30326	RICOSTRUZIONE DEL DENTE CON ANCORAGGIO A VITE O A PERNO DI ELEMENTI DENTARI DECIDUI O PERMANENTI DEVITALIZZATI (CONTESTUALMENTE O PRECEDENTEMENTE TRATTATI) - AD ELEMENTO - FINO A 16 ANNI COMPIUTI		FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 27,50
2610	CURA CANALARE COMPLETA 1 CANALE (COMPRESA QUALSIASI TIPO DI OTTURAZIONE) COMPRESA RICOSTRUZIONE CORONALE PRE-ENDODONTICA - AD ELEMENTO PERMANENTE - COMPRESA RX ENDORALI	Rimborsabile 1 volta per elemento dentario. Non sovrapponibile ad altra cura canalare o ritrattamento endodontico.	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 47,50
30327	CURA CANALARE COMPLETA DI ELEMENTO DECIDUO 1 CANALE (COMPRESA QUALSIASI TIPO DI OTTURAZIONE) COMPRESA RICOSTRUZIONE CORONALE PRE-ENDODONTICA - AD ELEMENTO - COMPRESA RX ENDORALI		FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 47,50
2611	CURA CANALARE COMPLETA 2 CANALI (COMPRESA QUALSIASI TIPO DI OTTURAZIONE) COMPRESA RICOSTRUZIONE CORONALE PRE-ENDODONTICA - AD ELEMENTO PERMANENTE - COMPRESA RX ENDORALI		FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 57,00
30328	CURA CANALARE COMPLETA DI ELEMENTO DECIDUO PLURIRADICOLATO - 2 O PIU' CANALI (INDIPENDENTEMENTE DAL NUMERO DI CANALI) COMPRESA QUALSIASI TIPO DI OTTURAZIONE COMPRESA RICOSTRUZIONE CORONALE PRE-ENDODONTICA - AD ELEMENTO - COMPRESA RX ENDORALI		FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 57,00
2612	CURA CANALARE COMPLETA 3 O PIÙ CANALI (COMPRESA QUALSIASI TIPO DI OTTURAZIONE) COMPRESA RICOSTRUZIONE CORONALE PRE-ENDODONTICA - AD ELEMENTO PERMANENTE - COMPRESA RX ENDORALI		FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 78,50
2614	RITRATTAMENTO ENDODONTICO DI ELEMENTO AD 1 CANALE (COMPRESA QUALSIASI TIPO DI OTTURAZIONE DELLA CAVITÀ DI ACCESSO, COMPRESA L'EVENTUALE RIMOZIONE DI PERNI ENDOCANALARI) AD ELEMENTO PERMANENTE COMPRESA RX ENDORALI		FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 40,50

Codice prestazione	Dettaglio	Sottomassimali/Condizioni di rimborso previste	
30330	RITRATTAMENTO ENDODONTICO DI ELEMENTO DECIDUO INDIPENDENTEMENTE DAL NUMERO DI CANALI (COMPRESA QUALSIASI TIPO DI OTTURAZIONE DELLA CAVITÀ DI ACCESSO, COMPRESA L'EVENTUALE RIMOZIONE DI PERNI ENDOCANALARI) AD ELEMENTO COMPRESSE RX ENDORALI	Rimborsabile 1 volta per elemento dentario. Non sovrapponibile ad altra cura canalare o ritrattamento endodontico.	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 40,50
2668	RITRATTAMENTO ENDODONTICO DI ELEMENTO A 2 CANALI (COMPRESA QUALSIASI TIPO DI OTTURAZIONE DELLA CAVITÀ DI ACCESSO, COMPRESA L'EVENTUALE RIMOZIONE DI PERNI ENDOCANALARI) AD ELEMENTO PERMANENTE COMPRESSE RX ENDORALI		FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 81,00
2669	RITRATTAMENTO ENDODONTICO DI ELEMENTO A 3 O PIÙ CANALI (COMPRESA QUALSIASI TIPO DI OTTURAZIONE DELLA CAVITÀ DI ACCESSO, COMPRESA L'EVENTUALE RIMOZIONE DI PERNI ENDOCANALARI) AD ELEMENTO PERMANENTE COMPRESSE RX ENDORALI		FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 121,50
2613	PULPOTOMIA E OTTURAZIONE DELLA CAMERA PULPARE O PULPECTOMIA E OTTURAZIONE PROVVISORIA PER QUALSIASI NUMERO DI CANALI - AD ELEMENTO PERMANENTE - COMPRESSE RX ENDORALI	Rimborsabile 1 volta per elemento dentario. Non sovrapponibile al ritrattamento endodontico.	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 25,00
30329	PULPOTOMIA E OTTURAZIONE DELLA CAMERA PULPARE O PULPECTOMIA E OTTURAZIONE PROVVISORIA PER QUALSIASI NUMERO DI CANALI - AD ELEMENTO DECIDUO - COMPRESSE RX ENDORALI		FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 25,00
2594	ESTRAZIONE DI DENTE O RADICE (SEMPLICE O COMPLESSA) DI ELEMENTO PERMANENTE COMPRESSE EVENTUALI SUTURE - AD ELEMENTO NATURALE	Rimborsabile 1 sola volta per elemento/sede dentaria. Non assimilabile all'estrazione di Impianti e/o di frammenti.	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per singola estrazione FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 17 per singola estrazione
30318	ESTRAZIONE DI DENTE O RADICE SEMPLICE O COMPLESSA DI ELEMENTO DECIDUO (COMPRESSE EVENTUALI SUTURE E SEDAZIONE)		

Codice prestazione	Dettaglio	Sottomassimali/Condizioni di rimborso previste	
2595	ESTRAZIONE DI DENTE, COMPRESO III° MOLARE, IN INCLUSIONE OSSEA TOTALE - SOLO PER ELEMENTI MAI EROTTI IN ARCATA (ESCLUSO GERMECTOMIA) - COMPRESO EVENTUALI SUTURE AD ELEMENTO NATURALE	Rimborsabile 1 sola volta per elemento/sede dentaria. Non assimilabile all'estrazione di Impianti e/o di frammenti. OBBLIGHI: trasmissione del piano di cure preventivo con radiografia PRE ESTRATTIVA (pre cure)	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 40 per singola estrazione FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 69 per singola estrazione
2596	ESTRAZIONE DI III MOLARE, IN INCLUSIONE OSSEA PARZIALE - SOLO PER ELEMENTI PARZIALMENTE EROTTI IN ARCATA - COMPRESO EVENTUALI SUTURE AD ELEMENTO NATURALE		FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 40 per singola estrazione FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 63 per singola estrazione
30319	GERMECTOMIA (COMPENSIVA DI TUTTE LE FASI ED ATTIVITÀ CHIRURGICHE COMPENSIVO DI LEMBO MUCOGENGIVALE E/O OSTEOTOMIA E/O ODONTOTOMIA - SUTURE E SEDAZIONE - ESCLUSA SEDAZIONE CON PROTOSSIDO) FINO A 16 ANNI DI ETÀ COMPIUTI		FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 40 per singola estrazione FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 69 per singola estrazione
2615	IMPIANTI OSTEO-INTEGRATI (QUALSIASI TIPO COMPRESO IMPIANTI ZIGOMATICI O PTERIGOIDEI ESCLUSO MINI IMPIANTI ORTODONTICI O IMPIANTI DIVERSI DA QUELLI OSTEOINTEGRATI) PER SEDE DENTARIA	Rimborsabile 1 sola volta per elemento/sede dentaria indipendentemente dal numero di radici e/o dello spazio da riabilitare. <u>OBBLIGHI:</u> <u>trasmissione del piano di cure preventivo con radiografia PRE IMPIANTO (pre cure)</u> <u>Radiografia post cure da inoltrare con la richiesta di rimborso</u>	FORMA DIRETTA: Rimborso massimo per Impianto con relativa corona € 650 di cui: € 400 per impianto osteointegrato € 250 per corona protesica definitiva
2671	CORONA DEFINITIVA IN POLIMERI RIVESTITI, METAL FREE-CERAMIC FREE, CERTIFICABILI COME MATERIALE DEFINITIVO - PER ELEMENTO/IMPIANTO DAI 17 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni sul medesimo impianto. Non rimborsabile su elementi naturali e/o su sedi intermedie di ponte e/o su impianti preesistenti o non liquidati dal FasiOpen. <u>OBBLIGHI:</u> <u>trasmissione del piano di cure preventivo con radiografia PRE RIABILITAZIONE (pre cure)</u> <u>Radiografia post cure da inoltrare con la richiesta di rimborso (ovvero corona definitiva su impianto)</u>	FORMA INDIRETTA: Rimborso massimo per Impianto con relativa corona € 650 di cui: € 400 per impianto osteointegrato € 250 per corona protesica definitive

Codice prestazione	Dettaglio	Sottomassimali/Condizioni di rimborso previste	
2618	CORONA DEFINITIVA LEGA BIOMEDICALE/RESINA/COMPOSITO CERTIFICABILE COME MATERIALE DEFINITIVO (QUALSIASI TIPO) - PER ELEMENTO/IMPIANTO DAI 17 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni sul medesimo impianto. Non rimborsabile su elementi naturali e/o su sedi intermedie di ponte e/o su impianti preesistenti o non liquidati dal FasiOpen. <u>OBBLIGHI:</u> <u>trasmissione del piano di cure preventivo con radiografia PRE RIABILITAZIONE (pre cure)</u> <u>Radiografia post cure da inoltrare con la richiesta di rimborso (ovvero corona definitiva su impianto)</u>	FORMA DIRETTA: Rimborso massimo per Impianto con relativa corona € 650 di cui: € 400 per impianto osteointegrato € 250 per corona protesica definitiva
2619	CORONA LP E CERAMICA - CORONA METAL FREE (CERAMICA O MATERIALI CERAMICI INTEGRALI/MONOLITICI - SISTEMI CAD CAM) PER ELEMENTO/IMPIANTO DAI 17 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni sul medesimo impianto. Non rimborsabile su elementi naturali e/o su sedi intermedie di ponte e/o su impianti preesistenti o non liquidati dal FasiOpen. <u>OBBLIGHI:</u> <u>trasmissione del piano di cure preventivo con radiografia PRE RIABILITAZIONE (pre cure)</u> <u>Radiografia post cure da inoltrare con la richiesta di rimborso (ovvero corona definitiva su impianto)</u>	FORMA INDIRETTA: Rimborso massimo per Impianto con relativa corona € 650 di cui: € 400 per impianto osteointegrato € 250 per corona protesica definitive
2649	RX ENDORALI/BITE WINGS	Rimborsabili massimo 1 endorale pre cure e 1 post cure contestualmente ai codici che le prevedono (impianti e corone definitive) fino ad un massimo di 6 endorali/bite wing l'anno (1° gennaio - 31 dicembre) <u>OBBLIGHI:</u> <u>trasmissione del piano di cure preventivo (poiché la richiesta deve essere contestuale ad impianti/corone definitive) con obbligo di inoltrare rx endorale/bitewings richiesta PRE RIABILITAZIONE (pre cure)</u> <u>con la richiesta di rimborso obbligo di inoltrare della rx endorale/bitewings post cure richiesta</u>	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 10 per singola rx endorale/bitewings FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 2,40 per singola rx endorale/bitewings
2637	ORTOPANTOMOGRAMMA DELLE DUE ARCADE	Rimborsabili massimo 2 volte l'anno (1° gennaio – 31 dicembre)	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 10,20 ad Ortopanoramica (eseguita presso una Struttura Odontoiatrica)
2634	MOLAGGIO SELETTIVO PARZIALE O TOTALE, MASSIMO 1 SEDUTA (INDIPENDENTEMENTE DALL'ARCATA) - DAI 17 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile 1 volta l'anno indipendentemente dall'arcata	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 19,00
30335	MOLAGGIO SELETTIVO PARZIALE O TOTALE, MASSIMO 1 SEDUTA (INDIPENDENTEMENTE DALL'ARCATA) - FINO A 16 ANNI COMPIUTI		FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 19,00

Codice prestazione	Dettaglio	Sottomassimali/Condizioni di rimborso previste	
2635	PLACCA DIAGNOSTICA O ORTOTICO O BITE - SISTEMA INDIRETTO - INDIPENDENTEMENTE DALL'ARCATA E NON RIMBORSABILE NELLO STESSO ANNO DEL TRATTAMENTO ORTODONTICO O IN PRESENZA DI 2 PROTESI TOTALI NELLE 2 ARCADE - DAI 21 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile 1 volta ogni 2 anni indipendentemente dall'età e dall'arcata. Non sovrapponibile ad altra placca o bite e non assimilabile alla contenzione ortodontica o dima. Non rimborsabile nello stesso anno del trattamento ortodontico.	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 96,50
30336	BITE O ORTOTICO - INDIPENDENTEMENTE DALL'ARCATA - SISTEMA DIRETTO O INDIRETTO - NON RIMBORSABILE IN ASSOCIAZIONE E/O NELLO STESSO ANNO DEL TRATTAMENTO ORTODONTICO (QUALSIASI TECNICA E/O METODOLOGIA) O CONTENZIONE - FINO A 20 ANNI COMPIUTI		FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 96,50
2648	PLACCA DIAGNOSTICA O ORTOTICO O BITE - SISTEMA DIRETTO - INDIPENDENTEMENTE DALL'ARCATA E NON RIMBORSABILE NELLO STESSO ANNO DEL TRATTAMENTO ORTODONTICO O IN PRESENZA DI 2 PROTESI TOTALI NELLE 2 ARCADE - DAI 21 ANNI DI ETÀ		FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per prestazione/arcata FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 72,50
30307	TERAPIA ORTODONTICA CON APPARECCHIATURE FISSE PER ARCATA PER ANNO, COMPRESO ESAME CEFALOMETRICO	Rimborsabile 1 volta l'anno (1 gennaio - 31 dicembre), per massimo 3 anni anche non consecutivi fino al 18esimo anno di età. Non sovrapponibile nell'anno ad altre voci di trattamento ortodontico. <u>OBBLIGHI: PIANO DI CURE PER ANNO DI TRATTAMENTO con Telecranio o Foto del "morso/morso inverso" pre cure - Fase di Rimborso per anno di trattamento- Telecranio o Foto dei modelli in occlusione</u>	FORMA DIRETTA: Quota Massima Rimborso € 200 per anno indipendentemente dal numero delle arcate sottoposte al trattamento FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 200 per anno indipendentemente dal numero delle arcate sottoposte al trattamento
30308	TERAPIA ORTODONTICA CON APPARECCHIATURE MOBILI/ FUNZIONALI PER ARCATA PER ANNO, COMPRESO ESAME CEFALOMETRICO		
30309	TERAPIA ORTODONTICA CON APPARECCHIATURE INVISIBILI (QUALSIASI TIPOLOGIA/MATERIALE) PER ARCATA - PER ANNO - COMPRESO ESAME CEFALOMETRICO		
30310	TERAPIA ORTODONTICA DI MANTENIMENTO PER CONTENZIONE FISSA O MOBILE INDIPENDENTEMENTE DAL NUMERO DI ARCADE	Rimborsabile massimo 1 anno (1 gennaio - 31 dicembre) nell'ambito dei 3 anni massimi di trattamento riconosciuti. Non sovrapponibile nell'anno ad altre voci di trattamento ortodontico. <u>OBBLIGHI: PIANO DI CURE PER ANNO DI TRATTAMENTO con Foto Intraorale della contenzione posizionata - Fase di Rimborso per 1 anno di trattamento- Telecranio o Foto Intraorale del trattamento terminato (se terminato) o Foto intraorale della contenzione posizionata (diverse dal pre cure)</u>	

**Piano
Sanitario
“Purple”**

**Dettaglio
garanzie
incluse**

GARANZIA 11 – Indennità/Diaria sostitutiva per i ricoveri conseguenti a grandi interventi chirurgici con degenza notturna

La Garanzia opera esclusivamente in “forma indiretta”.

Si Sottolinea che, il riconoscimento dell'Indennità/Diaria, può essere erogato unicamente se esplicitamente richiesto dall'iscritto/assistito ed esclusivamente quando:

Il Ricovero notturno per Grande Intervento Chirurgico è stato eseguito con il S.S.R;

Non viene richiesto e/o non è stato richiesto a FasiOpen, alcun rimborso in riferimento/ riconducibile al Ricovero notturno per Grande Intervento chirurgico e/o a prestazioni riconducibili a questo (visite specialistiche, terapie, accertamenti, pre e/o post intervento, trasporto in ambulanza ecc). L'elenco degli interventi rientranti tra i Grandi Interventi Chirurgici è esposto nella Garanzia 1.

La Garanzia non opera in caso di ricovero diurno e/o notturno in regime privatistico e/o per la differenza di classe. Altresì non è previsto alcun rimborso di Indennità/Diaria in caso di Ricovero notturno per Grande Intervento chirurgico non esposto negli elenchi e/o per Ricoveri per Riabilitazione pur se eseguiti in conseguenza di un Grande Intervento chirurgico.

Si rammenta che, il rimborso dell'Indennità/Diaria viene riconosciuta per l'assistito soggetto a cure, ovvero solo ed esclusivamente per colui che riceve direttamente le cure/terapie (se rientrante nel nucleo familiare assistibile registrato presso l'anagrafica del Fondo all'atto dell'inizio del ricovero), indipendentemente dall'età del “paziente”, ovvero, non è riconosciuta ulteriore indennità per eventuale familiare che si ricovera per assistenza al degente.

Per richiedere il riconoscimento dell'Indennità/Diaria, è indispensabile allegare al Modulo di Richiesta di Rimborso la copia integrale della cartella clinica, leggibile, evidenziando di voler richiedere esclusivamente la relativa indennità. La richiesta di rimborso deve pervenire entro 3 mesi dalla data di dimissione.

Per assistito si intende il lavoratore e/o ciascun componente il nucleo familiare regolarmente iscritto presso il FasiOpen.

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO PREVISTO PER ANNO PER ASSISTITO	Massimo 150 notti l'anno
Dettaglio	Sottomassimali/Condizioni di rimborso previste
INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER RICOVERI CONSEQUENTI A GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	Prime 30 notti (indipendentemente dal reparto): € 80 Notti da 31 a 150 (indipendentemente dal reparto): € 100

**Piano
Sanitario
“Purple”**

**Dettaglio
garanzie
incluse**

GARANZIA 12 – Protezione neonati

La Garanzia è operativa sia in “forma indiretta” sia in “forma diretta” presso Strutture Sanitarie rientranti nel network riconosciuto dal Fondo ed è riservata ad i figli con età massima di 1 anno, purché risultante come inserito nel nucleo familiare assistibile da FasiOpen all’atto del ricovero.

Rientrano nella Garanzia i grandi interventi chirurgici per la correzione di malformazioni congenite, il cui elenco è riportato a seguire.

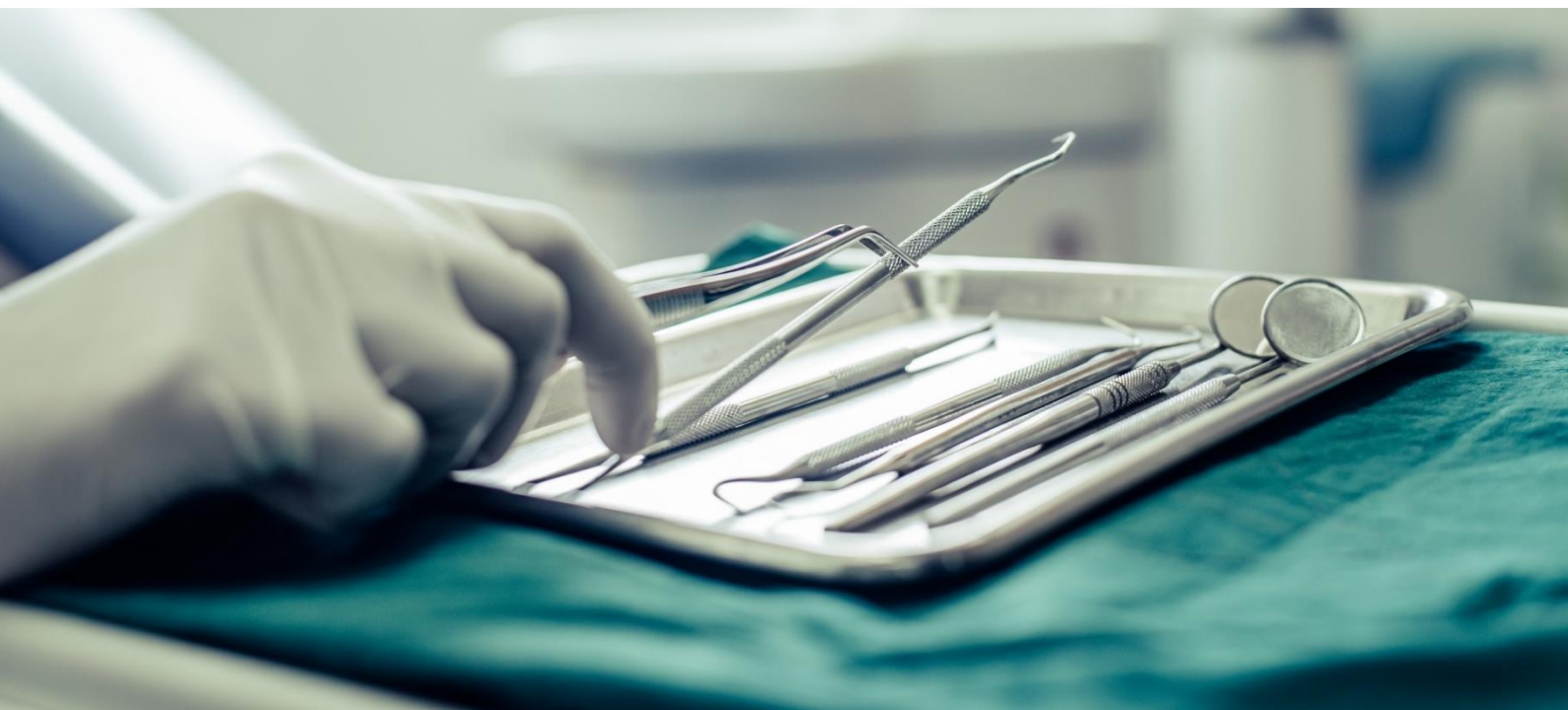
Per assistito si intende il lavoratore e/o ciascun componente il nucleo familiare regolarmente iscritto presso il FasiOpen.

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO PER ASSISTITO	€ 35.000
ETA' MASSIMA PREVISTA	1 anno
Dettaglio	Sottomassimali/Condizioni di rimborso previste
GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI PER LA CORREZIONE DI MALFORMAZIONI CONGENITE	FORMA DIRETTA: Quota Rimborso 100% FORMA INDIRETTA: Quota Rimborso 100%

Elenco grandi interventi chirurgici per correzione malformazioni congenite

- ✓ Cardiocirurgia a cuore aperto, in età adulta o neonatale, compresi aneurismi o sostituzioni valvolari multiple o sostituzione aortica o plastica dell'aorta (C.E.C.), salvo gli interventi descritti
- ✓ Reintervento con ripristino di C.E.C.
- ✓ Sezione o legatura del dotto arterioso di Botallo
- ✓ Trapianto cardiaco (omnicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici di espianto ed impianto)
- ✓ Deformità ad asola della mano
- ✓ Correzione di piede torto congenito, parti molli e/o ossee
- ✓ Deformità ad asola delle dita del piede
- ✓ Cisti o fistola congenita, asportazione di
- ✓ Fistola esofago-tracheale, intervento per
- ✓ Megaesofago, intervento per
- ✓ Megaesofago, reintervento per
- ✓ Esiti labiali di labiopalatoschisi
- ✓ Esiti nasali di labiopalatoschisi
- ✓ Labioalveoloschisi monolaterale
- ✓ Labioalveoloschisi bilaterale
- ✓ Palatoschisi anteriori, posteriori del palato molle
- ✓ Palatoschisi totale
- ✓ Asportazione tumore di Wilms
- ✓ Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale, retto-vulvare: abbassamento addomino perineale
- ✓ Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale
- ✓ Atresia dell'ano: operazione perineale
- ✓ Atresie vie biliari, esplorazioni
- ✓ Cefaloematoma, aspirazione di

- ✓ Cisti dell'intestino anteriore (enterogene e broncogene), intervento per
- ✓ Cranio bifido con meningocele
- ✓ Cranio bifido con meningoencefalocele
- ✓ Craniostenosi
- ✓ Dilatazione per stenosi congenita dell'ano
- ✓ Ernia diaframmatica di Bochdalek
- ✓ Ernia diaframmatica di Morgagni
- ✓ Esofago (trattamento completo), atresia o fistole congenite dell'
- ✓ Esonfalo o gastroschisi
- ✓ Fistola e cisti dell'ombelico: dal canale onfalomesenterico con resezione intestinale
- ✓ Granuloma ombelicale, cauterizzazione
- ✓ Neuroblastoma addominale
- ✓ Neuroblastoma endotoracico
- ✓ Neuroblastoma pelvico
- ✓ Occlusione intestinale del neonato, atresie (necessità di anastomosi)
- ✓ Occlusione intestinale del neonato, con resezione intestinale
- ✓ Occlusione intestinale del neonato, senza resezione intestinale
- ✓ Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: ileostomia semplice
- ✓ Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione con anastomosi primitiva
- ✓ Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione secondo Mickulicz
- ✓ Pilo, stenosi congenita del
- ✓ Plastica dell'ano per stenosi congenita
- ✓ Plesso brachiale, neurolisi per paralisi ostetrica del
- ✓ Preparazione di vena per flebotomia e trasfusione
- ✓ Retto, prolasso con cerchiaggio anale del
- ✓ Retto, prolasso con operazione addominale del
- ✓ Spina bifida: meningocele
- ✓ Spina bifida: mielomeningocele
- ✓ Teratoma sacrococcigeo
- ✓ Trauma ostetrico arto inferiore, trattamento di
- ✓ Trauma ostetrico arto superiore, trattamento di



**Piano
Sanitario
“Purple”**

**Dettaglio
garanzie
incluse**

GARANZIA 13 – Trasporto in Autoambulanza

La Garanzia è operativa esclusivamente in “forma indiretta” ed esclusivamente per trasporti all'interno del territorio nazionale.

Il Trasporto in autoambulanza, fermo restando la regolarità della posizione amministrativa, è riconosciuto solo per gravi patologie, quando l'assistito è intrasportabile con mezzi propri, dal proprio domicilio all'istituto di cura prescelto per il Ricovero e viceversa.

Si precisa che, nella presente Garanzia, per Ricovero si intende permanenza con degenza notturna in Casa di Cure o Ospedale. Quindi, fermo restando che l'unico mezzo riconosciuto dalla Garanzia è l'Autoambulanza, nulla è riconosciuto nel caso di trasporto per terapie continuative quali ad esempio (sebbene non esaustivo) Chemioterapia, Dialisi, Fisiokinesiterapia ecc.

Non rientra nella copertura, il trasporto privato pur se in Autoambulanza, effettuato in urgenza, ma è riconosciuto solo quello relativo a ricoveri programmati.

La Garanzia non è applicabile al trasferimento da Casa di Cura o Ospedale ad altra Casa di Cura o Ospedale.

Per attivare la presente Garanzia, è indispensabile allegare al Modulo di Richiesta di Rimborso la ricevuta/fattura rilasciata dal Servizio di Ambulanza (regolarmente autorizzato dalle Autorità competenti) che ha effettuato il trasporto, dalla quale siano rilevabili:

- ✓ certificazione medica con specifica del quadro clinico critico dell'assistito, per il quale è stato attivato il servizio, che evidenzi l'impossibilità per lo stesso di fruire di un diverso mezzo di trasporto;
- ✓ 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.

Per assistito si intende il lavoratore e/o ciascun componente il nucleo familiare regolarmente iscritto presso il FasiOpen.

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO	€ 1.500
MINIMO NON INDENNIZZABILE	€ 50
Dettaglio	Sottomassimali/Condizioni di rimborso previste
TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA PER GRAVI PATOLOGIE	FORMA INDIRETTA: Quota Rimborso 100%

**Piano
Sanitario
“Purple”**

**Dettaglio
garanzie
incluse**

GARANZIA 14 – 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 (assistito per il quale vengono prescritte le lenti) ed il dettaglio degli importi per le singole voci/prestazioni.

La richiesta dovrà essere corredata dalla certificazione di conformità secondo la normativa UE (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, indipendentemente dall'eventuale massimale residuo.

Sono esclusi dalla presente garanzia, il rimborso per montatura, occhiali, lenti a contatto per fini estetici e lenti a contatto mono uso (sostituzione giornaliera).

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

Per assistito si intende il lavoratore e/o ciascun componente il nucleo familiare regolarmente iscritto presso il FasiOpen.

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO	€ 100
MINIMO NON INDENNIZZABILE	€ 65 per lenti correttive/confezione di lenti a contatto non monouso
Dettaglio	Sottomassimali/Condizioni di rimborso previste
LENTI	FORMA INDIRECTA: Quota Massima Rimborso 100%



GARANZIA 15 – FISIOKINESITERAPIA a seguito di infortunio

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 fisiatria od ortopedia e traumatologia oppure da laureati o diplomati in fisioterapia o diplomi equipollenti regolarmente riconosciuti dalla normativa vigente e dalle autorità competenti (comunque regolarmente iscritti ai rispettivi Albi). 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 shiatzu, laureati in chiropratica, riflessologi, posturologi, naturopati, ecc.

Il rimborso delle spese relative alla fisiokinesiterapia è erogabile, esclusivamente regime ambulatoriale sia in “forma Indiretta” sia “Forma diretta” nell’ambito del limite massimo di rimborso previsto dalla garanzia annuale, 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 omnicomprensivo (materiali d’uso, medicinali, competenze mediche ecc.).

Per le prestazioni fisiokinesiterapiche fruiti in forma indiretta è previsto un rimborso analitico nell’ambito del massimale annuo per assistito) le cui tariffe sono riportate nello schema sottostante. A tal proposito si ricorda che, non è previsto il rimborso del ricovero per riabilitazione e/o di prestazioni fisiokinesiterapiche in regime di ricovero e che, il rimborso è previsto per prestazione e non per seduta.

Pertanto per accedere al rimborso previsto, è necessario trasmettere, unitamente alle relative fatture, il dettaglio analitico delle terapie/prestazioni eseguite (tipo delle terapie e numero prestazioni), la prescrizione medica con relativa diagnosi certa della patologia (conseguente ad infortunio documentato – non sintomatologia) 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 fruiti e fatturate nel corso dei 120 giorni successivi al giorno dell’infortunio documentato.



Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO (solo a seguito di infortunio per prestazioni eseguite e fatturate entro 120 giorni successivi al giorno dell'infortunio documentato)	€ 700
Dettaglio	Sottomassimali/Condizioni di rimborso previste
ONDE D'URTO RADIALI - DIATERMIA: ONDE CORTE/MICROONDE/MARCONI/RADARTERAPIA	€ 6 per prestazione
ELETTROTHERAPIA ANTALGICA (DIADINAMICHE O TENS)	€ 5 per prestazione
ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI (ELETTROSTIMOLAZIONI, FARADICA, GALVANICA, IDROGALVANICA, INTERFERENZIALE)	€ 5 per prestazione
IRRADIAZIONE INFRAROSSA	€ 5 per prestazione
IONOFORESI	€ 5 per prestazione
IPERTERMIA SEGMENTARIA	€ 7 per prestazione
LASERTERAPIA ANTALGICA	€ 9 per prestazione
MAGNETOTERAPIA	€ 8 per prestazione
PRESSOTERAPIA O PRESSO - DEPRESSOTERAPIA INTERMITTENTE O LINFODRENAGGIO MANUALE (limitatamente ai casi di linfedema, linfadenectomia ascellare/inguinale oppure nei casi di intervento per protesi di anca nell'ambito delle terapie post ricovero).	€ 7 per prestazione
TECARTERAPIA	€ 8 per prestazione
TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA O APPLICAZIONE PUVA (A SEDUTA)	€ 5 per prestazione
ULTRASONOTERAPIA	€ 5 per prestazione
AGOPUNTURA (MANU MEDICA)	€ 14 per prestazione massimo 10 prestazioni l'anno
ESERCIZI ASSISTITI IN ACQUA (A SEDUTA)	€ 9 per prestazione
ESERCIZI CON ATTREZZATURE PER ISOCINETICA (A SEDUTA)	€ 10 per prestazione
ESERCIZI POSTURALI	€ 5 per prestazione
RIEDUCAZIONE MOTORIA, PROPRIOCETTIVA	€ 6 per prestazione
MANIPOLAZIONI VERTEBRALI O CHIROTHERAPIA (MANU MEDICA)	€ 13 per prestazione massimo 10 prestazioni l'anno
MASSOTERAPIA	€ 5 per prestazione
MASSOTERAPIA DISTRETTUALE - RIFLESSOGENA (MANU MEDICA)	€ 7 per prestazione
MOBILIZZAZIONI ARTICOLARI	€ 6 per prestazione
MOBILIZZAZIONI VERTEBRALI	€ 7 per prestazione
TERAPIA OCCUPAZIONALE (A SEDUTA)	€ 9 per prestazione
TRAZIONI VERTEBRALI MECCANICHE (A SEDUTA)	€ 6 per prestazione

PRESTAZIONI NON PREVISTE DA FASIOPEN

Fermo restando che, quanto non esplicitamente riportato nel Nomenclatore Base FasiOpen deve intendersi come escluso dall'area di intervento del Fondo e che, invece, quanto riportato nello stesso è da intendersi come rimborsabile solo ed esclusivamente se rientrante nelle Garanzie del proprio Piano Sanitario (che ne indica anche i limiti e le condizioni), si riporta un breve elenco, di quanto non previsto dal FasiOpen.

- ✓ Prestazioni/cure oltre i limiti previsti per le prestazioni stesse (non sono previste deroghe);
- ✓ Prestazioni /cure la cui documentazione di spesa (indipendentemente dall'entità della spesa) risulti presentata erroneamente e/o fuori termine di presentazione;
- ✓ Prestazioni/cure/procedure diagnostiche e/o chirurgiche non presenti nel singolo Piano Sanitario;
- ✓ Prestazioni/cure/terapie/procedure diagnostiche e/o chirurgiche al di fuori di quanto espressamente previsto dalle singole Garanzie (pur se genericamente previste dal Piano Sanitario);
- ✓ Prestazioni/cure/terapie/procedure diagnostiche e/o chirurgiche non rientranti nel Piano Sanitario/Garanzie del singolo iscritto pur se previste come rientranti nell'area di intervento del Fondo;
- ✓ Fatture di acconto se non accompagnate dalle relative fatture di saldo parziale/saldo (specifica sulle tipologie di fatture indicate in premessa);
- ✓ Le visite odontoiatriche al di fuori di quanto previsto e se previsto dall'apposita Garanzia Odontoiatria del Piano Sanitario; Igiene e medicina preventiva (pur se effettuata da medico specialista); visita senologica; di medicina del lavoro; di medicina legale; visite radiologiche; di medicina nucleare; di medicina dello sport; di medicina aerospaziale; di farmacologia applicata; di idrologia medica; di dietologia e/o nutrizionista indipendentemente se eseguite da medico-chirurgo specializzato in Scienza dell'alimentazione; biologo; visite e/o prestazioni osteopatiche e/o omeopatiche e/o di medicina alternativa e/o sperimentale; visite di fisiokinesiterapia (diversa dalla visita fisiatrica); visite eseguite da professionisti non in possesso di una laurea in medicina e chirurgia e/o privi di specializzazione regolarmente registrata presso l'ordine dei Medici e Chirurghi;
- ✓ 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**, chirurgia odontoiatrica (qualsiasi tipologia), chirurgia maxillo-facciale, la **terapia ortodontica**, gli **scheletrati**, trattamenti conservativi, endodontici, gnatologici, radiologia odontoiatrica, trattamenti pedodontici oltre quanto esplicitamente previsto e/o se non esplicitamente previsto e regolamentato da apposita Garanzia all'interno del Piano Sanitario prescelto;
- ✓ le **terapie medico-chirurgiche finalizzate all'estetica e/o a queste riconducibili** (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano Sanitario) indipendentemente se eseguiti da chirurghi plastici ricostruttivi;
- ✓ atti chirurgici e/o terapie mediche e/o accertamenti diagnostici e/o cure connessi ad infertilità e/o sterilità maschile o femminile e terapie et/o atti chirurgici e/o accertamenti per l'impotenza maschile e frigilità femminile e/o a tutti questi riconducibili;
- ✓ prestazioni e/o cure e/o terapie mediche e/o accertamenti e/o procedure e tutti gli atti finalizzati alla fecondazione assistita e/o a queste riconducibili;
- ✓ 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**

Piano Sanitario "Purple"

Prestazioni non previste

- ✓ **professionalmente e/o di qualsiasi sport estremo e/o a questi riconducibili;**
- ✓ 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 derivanti da pratiche speleologiche
- ✓ gli infortuni causati da **azioni dolose compiute dall'assistito;**
- ✓ le conseguenze dirette e/o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di **radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di sovraesposizione a radiazioni ionizzanti**, salvo le radiazioni provocate dalla Radioterapia;
- ✓ le conseguenze di **guerra, insurrezioni, manifestazioni politiche, calcistiche, sportive, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, tempeste elettriche, pandemie, epidemie, alluvioni, maremoti e/o a tutte queste riconducibili;**
- ✓ le **terapie non riconosciute** dalla medicina ufficiale;
- ✓ i **vaccini** ed i **medicinali e/o sostanze** usate per gli **esami allergologici;**
- ✓ **certificazioni/visite** 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**, copia dei referti, delle **radiografie**, dei **cd, dei dvd, spese di viaggio, spese (qualsiasi) per accompagnatore;**
- ✓ **emodialisi;**
- ✓ **esami termografici;**
- ✓ **iniezioni sclerosanti;**
- ✓ **montature per occhiali;**
- ✓ **medicinali non somministrati** in corso di Ricovero in Istituto di Cure ed esposti in fattura;
- ✓ **prestazioni di medicina generica** comprendenti, tra l'altro, visite, iniezioni, fleboclisi, vaccinazioni, certificazioni varie, ecc.;
- ✓ 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 e/o in Case di Riposo private per anziani autosufficienti;
- ✓ qualsiasi intervento chirurgico (indipendentemente dalla metodica e/o apparecchiatura) per la **correzione del visus** quindi qualsiasi intervento chirurgico/cure/terapie e/o accertamenti finalizzati ai trattamenti per la miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, correzione della cornea con qualsiasi metodica ed apparecchiatura; qualsiasi trattamento laser in oculistica;
- ✓ **Prestazioni di medicina preventive** e/o a queste riconducibili, salvo quanto espressamente previsto dal Piano Sanitario prescelto; **check-up** indipendentemente dalla tipologia e/o motivazione;
- ✓ **Plantari, Presidi, Protesi** (per quest'ultima al di fuori di quanto eventualmente previsto dai Grandi interventi per patologie oncologiche maligna all'interno del Piano Sanitario prescelto);
- ✓ quota **DRG** (Diagnosis Related Group).

* 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.



GLOSSARIO GENERALE

ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA: rimborso, da parte del Fondo direttamente alle Strutture Sanitarie in regime di Convenzionamento (di seguito Strutture Sanitarie Convenzionate), delle spese dalle stesse anticipate per conto degli iscritti, nei limiti delle tariffe massime esposte nei singoli Piani Sanitari. La forma diretta si realizza unicamente quando ad aver aderito alla convenzione sono sia la Struttura Sanitaria sia il medico-chirurgo-odontoiatra che, con la sua équipe, ha accettato l'accordo tramite la Struttura Sanitaria stessa, fermi restando i requisiti necessari da parte dell'iscritto per accedere alla forma diretta.

ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA: rimborso, da parte del FasiOpen, direttamente all'iscritto, delle spese dallo stesso sostenute, nei limiti delle tariffe massime esposte nei singoli Piani Sanitari al momento della fatturazione a saldo. Si applica la forma indiretta quando si fruisce di prestazioni presso una Struttura Sanitaria non rientrante nel network riconosciuto dal FasiOpen oppure, nel caso in cui, pur essendo la Struttura Sanitaria convenzionata, non è possibile applicare la forma diretta (ad esempio: problemi anagrafico/contributivi, prestazione per la quale non è prevista la forma diretta o, ancora, il medico/chirurgo non ha aderito alla convenzione).

ASSISTITO: persona assistibile dal Fondo, registrato presso l'anagrafica del Fondo, secondo le condizioni previste dal Regolamento, rientrante nel nucleo familiare di un iscritto, che rimane l'unico effettivo titolare del rapporto con il Fondo.

BIOLOGIA MOLECOLARE CLINICA: la biologia molecolare studia e interpreta a livello molecolare i fenomeni biologici, considerando la struttura, le proprietà e le reazioni delle molecole chimiche di cui gli organismi viventi sono costituiti. La Biologia Molecolare Clinica è il settore disciplinare afferente alla Medicina di laboratorio che racchiude e contraddistingue l'insieme dei test che comportano la determinazione di DNA, RNA, proteine o metaboliti per rilevare i genotipi, le mutazioni o le variazioni biochimiche che consentono di identificare specifici stati di salute.

CASA DI CURA PRIVATA PER ACUTI: Struttura Sanitaria con posti letto per l'assistenza sanitaria per le malattie acute ed in possesso di regolare autorizzazione rilasciata dalle autorità competenti.

CASA DI CURA PRIVATA ACCREDITATA PER ACUTI: Struttura Sanitaria con posti letto, convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale/Servizio Sanitario Regionale per l'assistenza sanitaria per le malattie acute ed in possesso di regolare autorizzazione rilasciata dalle autorità competenti.

CONSULTO: visita specialistica effettuata da medico-chirurgo con specializzazione diversa da quella del medico curante durante un ricovero con degenza notturna o diurna, ovvero con specializzazione diversa rispetto a quella che ha determinato il ricovero, nei casi in cui il medico curante stesso la ritenga necessaria ed indispensabile.

CURE TERMALI: terapie fruite presso Stabilimenti Termali in possesso di regolare autorizzazione rilasciata dalle autorità competenti.

DAY HOSPITAL (D.H.): modalità di erogazione delle prestazioni per la quale l'assistito rimane presso la Struttura Sanitaria in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno e senza pernottamento.

DAY SURGERY (D.S.): modalità di erogazione di interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive (se previsto dai singoli Piani Sanitari/Garanzie), in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno.

DEGENZA CON RICOVERO NOTTURNO (R.N.): ricovero con pernottamento in Strutture Sanitarie autorizzate dalle autorità competenti a svolgere terapie mediche e chirurgiche.

DIARIO RIABILITATIVO/FISIOTERAPICO: in caso di ricovero, documento inserito all'interno della cartella clinica dove vengono annotate data, orario e tipologia di prestazioni effettuate dal

paziente durante la degenza, comprensivo delle note del terapeuta; in caso di terapie ambulatoriali, documento controfirmato dal paziente in cui vengono annotati gli accessi alla struttura (le date) e la tipologia di prestazioni.

DIFETTI FISICI: si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

DOMICILIO: luogo di abitazione dell'iscritto/assistito, anche temporaneo.

ESCLUSIONI: elenco delle prestazioni escluse dalla compartecipazione del Fondo. Si ricorda che, oltre quanto esplicitamente esposto nelle esclusioni presenti all'interno del Nomenclatore Base in vigore, è da considerarsi non rimborsabile quanto non esplicitamente contemplato nel Nomenclatore stesso e quanto non esplicitamente rientrante nelle Garanzie del Piano Sanitario prescelto.

EXTRA-MOENIA (O EXTRAMURARIA): attività libero professionale svolta da medici-chirurghi-odontoiatri dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale/Servizio Sanitario Regionale presso Strutture Sanitarie private.

FATTURA DI ACCONTO: documento fiscale emesso dal medico-chirurgo-odontoiatra o dalla Struttura Sanitaria solo per una parte del corrispettivo finale quando le prestazioni non sono state completamente fruite dall'assistito. Nell'ambito dei rapporti con il FasiOpen, una fattura di acconto deve essere sempre accompagnata e quindi inoltrata insieme ad una fattura di saldo parziale o di saldo (entro 3 mesi dalla data di emissione di quest'ultima secondo quanto indicato nel Regolamento). Una fattura di acconto a sé stante non è rimborsabile dal Fondo.

FATTURA DI SALDO PARZIALE: documento fiscale emesso dal medico-chirurgo-odontoiatra o dalla Struttura Sanitaria per il pagamento della parte di prestazioni già fruite dall'iscritto/assistito, quando altre prestazioni devono essere ancora effettuate. Nell'ambito dei rapporti con il FasiOpen, la fattura di saldo parziale deve essere inviata (insieme ad un eventuale acconto se presente) entro 3 mesi dalla data di rilascio. Si precisa che, benché una fattura riporti la dicitura "acconto" all'interno della descrizione, questa può essere considerata quale "saldo parziale" qualora sia rilevabile l'esatta correlazione tra importi e prestazioni completate/terminate.

FATTURA DI SALDO: documento fiscale emesso dal medico-chirurgo-odontoiatra o dalla Struttura Sanitaria quando l'intero corrispettivo è stato pagato e le prestazioni alle quali la fattura si riferisce sono state fruite. Nell'ambito dei rapporti con il FasiOpen, la fattura di saldo deve essere inviata nel rispetto delle tempistiche e delle condizioni previste nel Regolamento.

FISIOKINESITERAPIE: trattamenti/cure fisiche prescritte dal medico di fiducia e fruite in Strutture Sanitarie ambulatoriali regolarmente autorizzate (vedi anche voce "Riabilitazione"). Trattandosi di "prestazioni sanitarie", 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. Le prestazioni Fisiokinesiterapiche 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 diplomi equipollenti regolarmente riconosciuti dalla normativa vigente e dalle autorità competenti. Si ricorda 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, massaggiatori e capobagnini degli stabilimenti idroterapici/termali etc.

INFORTUNIO: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni obiettivamente constatabili.

INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE: intervento chirurgico eseguito senza ricovero diurno (esclude quindi il riconoscimento del regime di Day Surgery) presso lo studio del medico-chirurgo o presso l'ambulatorio di una Struttura Sanitaria.

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.

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 non accreditate.

ISCRITTO: titolare dell'iscrizione FasiOpen.

MALATTIA: ogni riscontrabile e obiettivabile alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. Deve essere comprovata da apposita certificazione medica in cui risulti la "diagnosi".

MALFORMAZIONI: si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o parti di suoi organi per condizioni congenite.

MANU MEDICA: prestazioni sanitarie eseguite da laureati in medicina e chirurgia. Alcune prestazioni di fisiokinesiterapia, per essere riconosciute dal Fondo come rimborsabili, devono essere eseguite da medici in possesso di titolo di specializzazione in fisiatria od ortopedia e traumatologia e non da personale in possesso del diploma o laurea triennale in fisioterapia.

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

MEDICO DI FIDUCIA O MEDICO CURANTE: medico-chirurgo scelto dall'iscritto per le proprie cure ed in possesso di titolo di specializzazione regolarmente riconosciuto in Italia dalle autorità competenti.

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 Servizio Sanitario Nazionale/Servizio Sanitario Regionale presso una Struttura Sanitaria pubblica (Policlinici Universitari, Ospedali, Istituti di ricerca e cura, AUSL, Consultori familiari ed altre Strutture Sanitarie pubbliche autorizzate).

NOMENCLATORE: elenco delle prestazioni rientranti nell'area di intervento del Fondo. Il Nomenclatore FasiOpen è esposto in modo analitico. Le prestazioni non presenti nel Nomenclatore del FasiOpen sono da intendersi come non rimborsabili dal Fondo. Le prestazioni inserite all'interno del Nomenclatore FasiOpen sono da intendersi, invece, come prestazioni per il quale Il Fondo prevede una compartecipazione esclusivamente se rientrante all'interno delle Garanzie del singolo Piano Sanitario dell'iscritto nella misura e secondo le condizioni previste dalla singola Garanzia.

OSPEDALE: Struttura Sanitaria con posti letto per l'assistenza sanitaria delle malattie acute e/o croniche, regolarmente autorizzata dalle autorità competenti. Gli Ospedali possono essere sia pubblici che privati.

PACCHETTO CHIRURGICO: insieme di prestazioni concorrenti all'esecuzione dell'intervento chirurgico per le quali è previsto un rimborso forfettario.

PACCHETTI DI PREVENZIONE: insieme di prestazioni e/o accertamenti non scindibili, utili a prevenire la comparsa, la diffusione e la progressione delle malattie e quindi il verificarsi di danni anche irreversibili quando la patologia è in atto, per le quali è previsto un rimborso forfettario.

POLIAMBULATORIO DIAGNOSTICO: Struttura Sanitaria regolarmente autorizzata dalle autorità competenti per svolgere, ambulatorialmente, accertamenti diagnostici e/o visite specialistiche e/o interventi chirurgici e/o terapie mediche.

POLICLINICO UNIVERSITARIO: Struttura Sanitaria con posti letto per l'assistenza sanitaria delle malattie acute e/o croniche, regolarmente autorizzata dalle autorità competenti, nella quale si esegue anche la didattica. I Policlinici Universitari possono essere sia pubblici che privati.

PRESTAZIONI SOGGETTE A LIMITI: prestazioni presenti all'interno del Nomenclatore e dei Piani Sanitari del Fondo, per il quale il FasiOpen ha previsto dei limiti amministrativi di rimborsabilità. I limiti possono essere temporali (esempio: rimborso ripetibile 1 volta l'anno), quantitativi (esempio: rimborsabili al massimo 10 prestazioni), di età (esempio: rimborsabile da 0 a 3 anni), di sesso (uomo o donna), di parte corpo (es. occhio destro, gamba sinistra).

RETTA DI DEGENZA PER RIABILITAZIONE: retta di degenza riconosciuta limitatamente ai ricoveri in regime notturno.

RIABILITAZIONE: terapie per rieducare apparati del corpo lesi da infortuni e/o malattie, al fine di renderli nuovamente funzionali per le normali attività; possono essere eseguite ambulatorialmente nelle Strutture Sanitarie autorizzate per fisiokinesiterapia e riabilitazione, oppure ancora, in particolari casi presso il domicilio del paziente (vedi anche voce “Fisiokinesiterapie”).

RIEDUCAZIONE NEUROMOTORIA PER PATOLOGIE NEURODEGENERATIVE ACUTE E CRONICHE: terapie volte, nel caso di danno neurologico invalidante, al recupero di capacità funzionali motorie o neuromotorie recentemente ridotte e/o perdute per malattia o traumi e/o per patologie croniche degenerative (ictus cerebrale, morbo di Parkinson, sclerosi multipla ecc.).

RICOVERO: permanenza in luogo di cura con pernottamento o permanenza diurna in day hospital o day surgery, resa necessaria da infortunio o malattia.

STESSA SEDUTA/NEL CORSO DELLA STESSA SEDUTA: arco di tempo necessario per lo svolgimento di uno o più atti medici erogati nel corso del medesimo accesso alla Struttura Sanitaria/Ambulatorio.

TARIFFARIO: esposizione degli importi massimi rimborsabili dal FasiOpen e degli eventuali limiti di riconoscimento delle prestazioni, sia in forma diretta che in forma indiretta, per ciascuna prestazione prevista dal Piano Sanitario a rimborso analitico (riconoscibili alle condizioni esposte dal Piano Sanitario stesso), ove ogni tariffa esposta ha il significato di “fino ad €.....”.

TERAPIA OCCUPAZIONALE: terapie volte al recupero o mantenimento delle competenze necessarie allo svolgimento della vita quotidiana su soggetti affetti da disabilità cognitive, fisiche e psichiche preesistenti.

TICKET: quota di spettanza del cittadino come partecipazione alla spesa per visite specialistiche, esami diagnostici, terapie, etc., eseguiti presso Strutture Sanitarie pubbliche o presso Strutture Sanitarie private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale/Servizio Sanitario Regionale. Si ricorda che il Ticket è una voce di spesa diversa dalla Quota fissa Finanziaria 2011 e Contributo Fisso Aggiuntivo Quota ricetta. I cittadini sono esenti dal pagamento del ticket se rientrano in alcune fasce di età, se affetti da determinate patologie o per reddito.

VISITA MEDICA GENETICA (GENETICA CLINICA): visita specialistica effettuata da medico – chirurgo specializzato in genetica medica.

VISITA SPECIALISTICA AMBULATORIALE: visita effettuata da medico-chirurgo, in possesso del titolo di specializzazione regolarmente riconosciuto in Italia dalle autorità competenti e registrato presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, per diagnosticare e/o prescrivere terapie nell'ambito della propria 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.



FASIOPEN

Sede Legale Via Vicenza 23 – 00185 Roma
Sede Operativa Viale Europa 175 – 00144 Roma
fasiopen.it