

# FasiOpen



## Piano Sanitario **GREEN** *Guida easy*

V1.26

# Guida per gli assistiti

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



**G**entile Assistito, con il **prontuario operativo Easy Green** il tuo Fondo Sanitario desidera fornirti uno strumento semplice ed intuitivo per permetterti di apprendere le informazioni essenziali al fine di non incontrare ostacoli o rallentamenti nell'ordinaria gestione delle tue richieste di rimborso.

Nel manuale Easy Green troverai uno **schema di sintesi** dei rimborsi previsti dal **Piano Sanitario Green** di FasiOpen e una descrizione degli eventuali documenti accessori da inviare al Fondo oltre alla fattura di spesa.

Si tratta di un ulteriore importante passo verso la trasparenza e la semplificazione dei processi, elementi chiave che hanno contraddistinto il Fondo nel proprio percorso di crescita fin dal 2009.

Resta inteso che per esigenze di necessaria sintesi, nel manuale Easy Green sono state inevitabilmente omesse una serie di informazioni, ti ricordiamo pertanto di considerare sempre come vincolanti tutte le premesse, disposizioni, obblighi ed indicazioni contenute nel Regolamento FasiOpen, nella Guida per gli Assistiti e nel Nomenclatore Base, documenti disponibili per la consultazione sul sito web del Fondo.

**Grazie per l'attenzione e buona lettura!**



# Piano Sanitario “Green”

## Prontuario operativo Easy

| Garanzie                                                                                                                   | Condizioni di rimborso                |                      | Documenti necessari per ottenere il rimborso                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI</b><br><b>GARANZIA 1</b>                                                                   | Quota Rimborso                        | 100%                 | Indiretta: copia integrale della cartella clinica, fatture con dettaglio prestazioni eseguite e relativi singoli importi di riferimento emesse dalla struttura sanitaria e dalla equipe medico-chirurgica.<br><br>Diretta: nulla. Le procedure amministrative sono a carico della Struttura Sanitaria. |
|                                                                                                                            | Massimo per evento                    | € 30.000             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                            | Minimo non indennizzabile             | nessuno              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                            | Massimale annuo per singolo assistito | € 90.000             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>PRE RICOVERO (solo G.I.C. per patologie oncologiche maligne 120 giorni precedenti intervento)</b><br><b>GARANZIA 2</b>  | Massimale annuo per singolo assistito | € 1.000              | Solo indiretta: fatture con dettaglio prestazioni eseguite e relativi singoli importi di riferimento, richiesta dello specialista con indicazione dell'intervento.                                                                                                                                     |
| <b>POST RICOVERO (solo G.I.C. per patologie oncologiche maligne 120 giorni successivi intervento)</b><br><b>GARANZIA 3</b> | Massimale annuo per singolo assistito | € 1.100              | Solo indiretta: fatture con dettaglio prestazioni eseguite e relativi singoli importi di riferimento, richiesta dello specialista con diagnosi, copia cartella clinica.                                                                                                                                |
| <b>DIAGNOSTICA ECOGRAFICA (NO GRAVIDANZA)</b><br><b>GARANZIA 4</b>                                                         | Quota Rimborso                        | DIR 30%<br>IND 30%   | Indiretta: fattura con dettaglio prestazioni eseguite e singoli importi di riferimento, prescrizione con diagnosi certa o presunta e referti esami eseguiti.                                                                                                                                           |
|                                                                                                                            | Massimale annuo                       | € 110                | Diretta: prescrizione medica con diagnosi certa o presunta.                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>DIAGNOSTICA E TERAPIE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE</b><br><b>GARANZIA 5</b>                                                 | Quota Rimborso                        | 60%                  | Indiretta: fattura con dettaglio prestazioni eseguite e singoli importi di riferimento, prescrizione con diagnosi certa o presunta e referti esami eseguiti.<br><br>Diretta: prescrizione medica con diagnosi certa o presunta.                                                                        |
|                                                                                                                            | Minimo non indennizzabile             | € 60                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                            | Massimale annuo per singolo assistito | € 3.500              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>VISITE SPECIALISTICHE AMBULATORIALI</b><br><b>GARANZIA 6</b>                                                            | Quota Rimborso                        | 60%                  | Indiretta: fattura con dettaglio prestazioni eseguite e singoli importi di riferimento, titolo di specializzazione del medico che esegue la visita.<br><br>Diretta: nulla. Le procedure amministrative sono a carico della Struttura Sanitaria.                                                        |
|                                                                                                                            | Minimo non indennizzabile             | DIR € 60<br>IND € 60 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                            | Massimo per evento                    | € 55                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                            | Massimale annuo per singolo assistito | € 500                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| Garanzie                                                                                                                                                                          | Condizioni di rimborso                                                                                                                                                                                                                                     |                                                      | Documenti necessari per ottenere il rimborso                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>GARANZIA 7</b><br><br><b>FasiOpen non rimborsa la quota aggiuntiva di ticket introdotta dalla legge 15.7.2011, n.111, in materia di compartecipazione alla spesa sanitaria</b> | Quota Rimborso                                                                                                                                                                                                                                             | 100%                                                 | Indiretta: fattura con dettaglio prestazioni riferite al ticket e prescrizione medica con diagnosi certa o presunta.<br><br>Diretta: prescrizione medica con diagnosi certa o presunta.                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                   | Max per prescrizione                                                                                                                                                                                                                                       | € 36,15                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                   | Massimale annuo per singolo assistito                                                                                                                                                                                                                      | € 400                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>PACCHETTO MATERNITÀ</b><br><b>GARANZIA 8</b>                                                                                                                                   | Ecografie in gravidanza                                                                                                                                                                                                                                    | Max 3/grav<br>DIR 100%<br>IND Max € 55/eco           | Indiretta: fattura con dettaglio prestazioni eseguite e singoli importi di riferimento, prescrizione medica con evidenza dello stato di gravidanza aggiornato.<br><br>Diretta: prescrizione medica con evidenza dello stato di gravidanza aggiornato.                                                           |
|                                                                                                                                                                                   | Analisi Cliniche (alternative alle ecografie)                                                                                                                                                                                                              | DIR 100%<br>IND 80%<br>Max € 60/grav                 | Indiretta: fattura con dettaglio prestazioni eseguitee singoli importi di riferimento, prescrizione medica con evidenza dello stato di gravidanza aggiornato.<br><br>Diretta: prescrizione medica con evidenza dello stato di gravidanza aggiornato.                                                            |
|                                                                                                                                                                                   | Indennità ricovero parto nel S.S.N.                                                                                                                                                                                                                        | € 50 a notte<br>Max 10 notti                         | Solo indiretta: copia integrale della cartella clinica.                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                   | Supporto Psicologico post Parto (entro 150 giorni successivi al Parto)                                                                                                                                                                                     | Max 2 Visite/Sedute<br>Max € 50/seduta               | Indiretta: fattura con dettaglio delle date delle visite/sedute e copia cartella clinica relativa al parto.<br><br>Diretta: fattura con dettaglio delle date delle visite/sedute e copia cartella clinica relativa al parto.                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>PACCHETTO DI PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE</b><br><b>GARANZIA 9</b>                                                                                                              | 1 pacchetto/anno a scelta non ripetibile prima di 2 anni ad eccezione dei “Pacchetti Prevenzione Oncologici Uomo/Donna” che è invece ripetibile 1 volta l’anno fino all’età di 65 anni compiuti oltre i quali rientrerà nella cadenza ordinaria di 2 anni. | DIR 100%<br>IND Max €90                              | Indiretta: fattura con dettaglio delle prestazioni eseguite e singoli importi riferiti unicamente alle prestazioni previste dal pacchetto prescelto a conferma della effettuazione delle stesse in unica soluzione.<br><br>Diretta: nulla. Le procedure amministrative sono a carico della Struttura Sanitaria. |
| <b>PACCHETTO DI PREVENZIONE ONCOLOGICA</b><br><b>GARANZIA 9</b>                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                            | Età >40 anni                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                            | DIR 100%<br>IND<br>Max €150 uomo -<br>Max €200 donna |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                            | Età >40 anni                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| Garanzie                                              | Condizioni di rimborso                                                                                                                                                                |                                                            | Documenti necessari per ottenere il rimborso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PREVENZIONE OCULISTICA</b><br><b>GARANZIA 9</b>    | 1 pacchetto/anno a scelta non ripetibile prima di 2 anni                                                                                                                              | Età >40 anni<br>DIR 100%<br>IND Max €120                   | Indiretta: fattura con dettaglio delle prestazioni eseguite e singoli importi riferiti unicamente alle prestazioni previste dal pacchetto prescelto a conferma della effettuazione delle stesse in unica soluzione.<br><br>Diretta: nulla. Le procedure amministrative sono a carico della Struttura Sanitaria.                                                                                                                                                                     |
| <b>PREVENZIONE TIROIDE</b><br><b>GARANZIA 9</b>       |                                                                                                                                                                                       | Età >40 anni<br>DIR 100%<br>IND Max €50                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>PREVENZIONE MELANOMA</b><br><b>GARANZIA 9</b>      |                                                                                                                                                                                       | Età >40 anni<br>DIR 100%<br>IND Max €70                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>PREVENZIONE DISMETABOLICA</b><br><b>GARANZIA 9</b> |                                                                                                                                                                                       | Età >40 anni<br>DIR 100%<br>IND Max €30                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>ODONTOIATRIA</b><br><b>GARANZIA 10</b>             | Visita specialistica con piano di cure 1 volta all'anno (solo diretta)                                                                                                                | Contributo assistito € 0                                   | Solo FORMA DIRETTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                       | Igiene orale: detartrasi Max 2 volte l'anno                                                                                                                                           | DIR a carico Assistito € 10<br>IND rimborso max € 25       | Indiretta: fatture con dettaglio prestazioni eseguite e singoli importi di riferimento, modello unificato compilato o se previsto Piano di Cure preventivo e obblighi.<br><br>Diretta: nulla. Le procedure amministrative sono a carico della Struttura Sanitaria.                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                       | Otturazioni di qualsiasi classe                                                                                                                                                       | DIR a carico Assistito € 40<br>IND rimborso max € 10       | Indiretta: fatture con dettaglio prestazioni eseguite e singoli importi di riferimento, modello unificato compilato o se previsto Piano di Cure preventivo e obblighi.<br><br>Diretta: nulla. Le procedure amministrative sono a carico della Struttura Sanitaria.                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                       | Massimale annuo odontoiatria                                                                                                                                                          | € 600                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                       | 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 | DIR a carico Assistito € 40/estr.<br>IND rimborso max € 60 | Indiretta - PRE CURE: piano di cure preventivo con rx entorali/opt pre estrattive. POST CURE fase di rimborso: fatture con dettaglio prestazioni eseguite e singoli importi di riferimento, modello richiesta di rimborso compilato.<br><br>Diretta: PRE CURE: piano di cure preventivo con rx entorali/opt pre estrattive. POST CURE fase di rimborso: fatture con dettaglio prestazioni eseguite e singoli importi di riferimento, modello richiesta di rimborso compilato.       |
|                                                       | 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 | DIR a carico Assistito € 40/estr.<br>IND rimborso max € 60 | Indiretta - PRE CURE: piano di cure preventivo con rx entorali/opt pre estrattive.<br><br>POST CURE fase di rimborso: fatture con dettaglio prestazioni eseguite e singoli importi di riferimento, modello richiesta di rimborso compilato<br><br>Diretta: PRE CURE: piano di cure preventivo con rx entorali/opt pre estrattive. POST CURE fase di rimborso: fatture con dettaglio prestazioni eseguite e singoli importi di riferimento, modello richiesta di rimborso compilato. |

|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ODONTOIATRIA</b><br><b>GARANZIA 10</b>                                                                                                 | Germectomia<br>(comprendiva di tutte le fasi ed attività chirurgiche comprendivo di lembo mucogengivale e/o osteotomia e/o odontotomia e/o sedazione – suture e sedazione - esclusa sedazione con protossido) fino a 16 anni di età compiuti | DIR a carico Assistito € 40/estr.<br>IND rimborso max € 60                | Indiretta - PRE CURE: piano di cure preventivo con rx entorali/opt pre estrattive.<br>POST CURE fase di rimborso: fatture con dettaglio prestazioni eseguite e singoli importi di riferimento, modello richiesta di rimborso compilato<br>Diretta: PRE CURE: piano di cure preventivo con rx entorali/opt pre estrattive.<br>POST CURE fase di rimborso: fatture con dettaglio prestazioni eseguite e singoli importi di riferimento, modello richiesta di rimborso compilato. |
|                                                                                                                                           | Massimale annuo odontoiatria                                                                                                                                                                                                                 | € 600                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>INDENNITÀ/DIARIA SOSTITUTIVA PER RICOVERI CONSEGUENTI A GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI CON DEGENZA NOTTURNA</b><br><b>GARANZIA 11</b>    | Quota Rimborso                                                                                                                                                                                                                               | Max 80 notti/anno<br>€ 50 prime 15 notti<br>€ 80 16ma-80ma notte (G.I.C.) | Solo indiretta: copia integrale della cartella clinica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>PROTEZIONE NEONATI</b><br><b>GARANZIA 12</b>                                                                                           | Massimale annuo (fino a 2 anni di età)                                                                                                                                                                                                       | € 10.000                                                                  | Indiretta: copia integrale cartella clinica, fatture con dettaglio prestazioni e relativi singoli importi.<br>Diretta: nulla. Le procedure amministrative sono a carico della Struttura Sanitaria.                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>TRASPORTO IN AMBULANZA</b><br><b>GARANZIA 13</b>                                                                                       | Quota Rimborso                                                                                                                                                                                                                               | 100%                                                                      | Solo indiretta: fattura o ricevuta rilasciata dal servizio Autoambulanza con evidenza di certificazione medica con quadro clinico, estremi del trasporto con data e luogo di partenza e di arrivo.                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                           | Minimo non indennizzabile                                                                                                                                                                                                                    | € 50                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                           | Massimale annuo per singolo assistito                                                                                                                                                                                                        | € 1.500                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>FISIOKINESITERAPIA A SEGUITO DI INFORTUNIO ENTRO 120 GIORNI SUCCESSIVI AL GIORNO DELL'INFORTUNIO DOCUMENTATO</b><br><b>GARANZIA 15</b> | Quota Rimborso                                                                                                                                                                                                                               | DIR 80% IND vedere Dettaglio Garanzia                                     | Indiretta: fattura con dettaglio prestazioni eseguite e singoli importi di riferimento, prescrizione specialistica con diagnosi certa e data infortunio, eventuale verbale di Pronto Soccorso o copia cartella clinica se ricovero a seguito infortunio.<br>Diretta: prescrizione specialistica con diagnosi certa e data infortunio, eventuale verbale di Pronto Soccorso o copia cartella clinica se ricovero a seguito infortunio.                                          |
|                                                                                                                                           | Massimale annuo per singolo assistito                                                                                                                                                                                                        | € 500                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |



Si ricorda che l'invio deve avvenire entro e non oltre 3 mesi dalla data di emissione dei documenti di spesa a saldo per i quali si richiede il rimborso.



**FASIOPEN**

Sede Legale Viale Pasteur 6 – 00144 Roma  
Sede Operativa Viale Europa 175 – 00144 Roma  
[fasiopen.it](http://fasiopen.it)