



Piano
Sanitario
Mosaic



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
Mosaic**

GUIDA PER GLI ASSISTITI

Questa Guida illustra le Garanzie offerte dal Piano Sanitario “MOSAIC” 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.

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 incluse 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;
- ✓ eventuali liquidazioni non conformi alle attese.



Un network di convenzioni per la tua assistenza

Fermo restando il diritto dell'assistito alla “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, FasiOpen mette a disposizione 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 fruiti in Paesi Esteri.....	11
Odontoiatria	12
Accertamenti Diagnostici.....	14
Ticket.....	15
Pacchetti Chirurgici	15
Prestazioni non rimborsabili	16
Fotocopie delle fatture/ricevute	16
Centrale Informativa	16
Home Page Personale	16
PRESTAZIONI ESEGUITE IN "FORMA DIRETTA"	18
Validità delle Autorizzazioni al Rimborso in "Forma Diretta" per i Ricoveri.....	19
Utilizzo delle Strutture Sanitarie convenzionate.....	20
Eccedenze a carico dell'assistito nella forma diretta.....	22
Come usufruire del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale	23
Imposta di Bollo su Ricevute Mediche	24
Imposta sul Valore Aggiunto (IVA).....	24
PIANO SANITARIO "MOSAIC" DETTAGLIO GARANZIE INCLUSE.....	25
PREMESSE	
GARANZIA 1 – Area Chirurgica (201, 202, 203, 214)	27
Uso sale operatorie	28
Degenze, day hospital, day surgery	28
GARANZIA 2 – Area Medica Ricoveri (204).....	34
GARANZIA 3 – Area Diagnostica (205, 206, 207).....	35
GARANZIA 4 – Area Odontoiatrica (208, 209).....	41
Procedure per accedere alle prestazioni Odontoiatriche in forma diretta (presso Strutture Convenzionate)	412
Avvertenze amministrative/sanitarie per la forma diretta.....	413
GARANZIA 5 – Visite specialistiche (210).....	45
GARANZIA 6 – Fisiokinesiterapia (211)	46
GARANZIA 7 – Ticket (212).....	49
GARANZIA 8 – Cure Termali (213).....	49
Medicinali e Materiali in corso di ricovero	49
PRESTAZIONI NON PREVISTE DA FASIOPEN	51
GLOSSARIO GENERALE	53

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 (la quota economica massima) 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).



**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 (qualsiasi tipologia di richiesta, per qualsiasi tipologia di prestazione) 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), se previste dal proprio piano sanitario, 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, nonché l'eventuale diario fisioterapico qualora le terapie vengano effettuate in corso di ricovero.

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) e/o di richiedere ulteriore documentazione qualora se ne ravvisasse la necessità.



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 Rimborso è previsto solo in **“Forma Diretta”**. 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 ed è previsto l'obbligo di presentazione di documentazione pre e post cure oltre che di un piano di cure preventivo. 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, anche se fruite in forma diretta, la richiesta di rimborso dovrà pervenire a FasiOpen (seppur inoltrata dalla Struttura Sanitaria) entro e non oltre 3 mesi dalla data di fattura di saldo delle prestazioni di cui si vuole chiedere al Fondo. L'eventuale presentazione delle richieste di rimborso prestazioni, pur se fruite in forma diretta, pervenute oltre il limite massimo previsto, saranno respinte e, necessariamente, dovranno essere saldate in proprio dall'iscritto/assistito (che non dovrà a sua volta inoltrarle al Fondo poiché, comunque, fuori termine).

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 fruiteda 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 (predittività), 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, il mezzo di contrasto, laddove esposta nella Garanzia, è considerata come prestazione a sé stante, pertanto, anch'essa soggetta ad un'importo massimo di rimborsabilità da parte del Fondo, limitatamente alle branche/sottobranche che la espongono analiticamente.

L'eventuale assistenza anestesilogica 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).



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 fruita 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.

In termini di calcolo del rimborso, nulla risulta variato rispetto alla precedente valorizzazione poiché, l'entità del rimborso dei Pacchetti risulta pari alla somma dei singoli importi analitici delle prestazioni che lo compongono e sempre nei limiti di quanto regolamentato per le singole voci.

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%.



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 previste 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 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 chirurgi 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 (prestazioni odontoiatriche escluse).

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**.



CENTRALE INFORMATIVA

La Centrale Informativa di FasiOpen (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 (non sono previsti ricoveri/rimborsi per interventi di natura odontoiatrica pur se le prestazioni vengono eseguite come secondarie ad altri interventi).

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 (dovrà dunque essere effettuata una fatturazione separata per il periodo riconosciuto dal Fondo e per quello a totale carico dell'iscritto/assistito per il quale il FasiOpen non prevede alcuna compartecipazione né in forma diretta né in forma indiretta).



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 applicare 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.



Eccedenze a carico dell'assistito nella forma diretta

Si rammenta che per eccedenza economica si intende la differenza tra l'importo concordato all'atto del convenzionamento (per ogni singola prestazione offerta in forma diretta dalla Struttura Sanitaria convenzionata) e la tariffa massima di rimborso (per la medesima prestazione) riconosciuta da FasiOpen (se ricorrono i presupposti di rimborsabilità).

Si ricorda agli iscritti che le eccedenze possono variare da Struttura a Struttura convenzionata in forma diretta, fermo restando l'invariabilità del rimborso da parte di FasiOpen esposto nella Guida in vigore all'atto della fatturazione a saldo.

Ulteriori informazioni si possono ottenere telefonando alla Centrale Informativa Sanitaria FasiOpen attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 17.00 orario continuato.



CENTRALE INFORMATIVA

La Centrale Informativa di FasiOpen (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.



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.

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 dell'Area 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.



Imposta di Bollo su Ricevute Mediche

Si rammenta che, per richiedere il rimborso delle prestazioni al FasiOpen, è sempre obbligatorio inoltrare, in via telematica, la documentazione di spesa da cui risulti inequivocabilmente l'assoggettamento ad imposta di bollo del documento originale, ove previsto (art.13 del DPR n.642/72; L. n. 71/2013).

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.

L'imposta di bollo non è rimborsata da FasiOpen.

Imposta sul valore aggiunto (IVA)

Ai sensi del D.P.R. 26/10/1972 n. 633 e successive modificazioni ed integrazioni, ai fini dell'applicazione dell'IVA, le prestazioni dei medici-chirurghi-odontoiatri sono esenti da IVA.

Le strutture sanitarie applicano l'IVA per:

- ✓ i servizi (degenza, sala operatoria, materiali, medicinali). La retta di degenza è ivata al 22% nelle Strutture Sanitarie Private non accreditate; è ivata al 10% in molte Strutture Sanitarie Private accreditate;
- ✓ prestazioni diagnostiche, visite specialistiche e prestazioni fisiokinesiterapiche, in fase di ricovero, se eseguite e fatturate dalla stessa struttura sanitaria autorizzata per i ricoveri.



Il Fondo, nell'ambito del Piano Sanitario MOSAIC, non prevede il rimborso per tale imposta sia nella forma diretta sia nella forma indiretta, che rimane a totale carico dell'assistito.



PIANO SANITARIO “MOSAIC” DETTAGLIO GARANZIE INCLUSE

Premesse

Quanto fin qui esposto costituisce, insieme a quanto genericamente riportato nel Nomenclatore Base FasiOpen, parte integrante del Piano Sanitario MOSAIC. Il Piano Sanitario MOSAIC è suddiviso in singole aree che possono essere diversamente associate e che, a seconda della scelta in fase di iscrizione, vanno a costituire il Piano Sanitario dell'assistito. Ogni singola area, prevede delle prestazioni sanitarie che vengono riconosciute dal Fondo secondo un rimborso analitico (per singola voce) entro i limiti massimi indicati per la voce stessa. Le prestazioni/voci sono riconosciute solo ed esclusivamente nell'ambito di operatività della singola area (a titolo di mero esempio: Piano Sanitario composto dalla sola Area chirurgica di base – l'assistito esegue ambulatorialmente una radiografia alla caviglia – la prestazione non risulterebbe rimborsabile poiché, l'area chirurgica di base opera esclusivamente in ambito di ricovero. Se la medesima prestazione venisse eseguita in abito di ricovero per intervento chirurgico, sarebbe regolarmente liquidata dal Fondo), pertanto, le prestazioni non esplicitamente riportate devono intendersi come non rimborsabili dal Fondo pur se esposte nel Nomenclatore Base del FasiOpen.

Il presente Nomenclatore-Tariffario analitico dovrebbe essere esaustivo in riferimento alle prestazioni possibili in Medicina e Chirurgia, certamente sempre con i suoi limiti dovuti alla continua evoluzione delle branche medico-chirurgiche-odontoiatriche. Sarà comunque premura del FasiOpen annoverare tutte le nuove “voci” che nel lavoro quotidiano dovessero presentarsi, darne un giudizio tecnico-medico ed eventualmente pubblicarle in una successiva edizione/versione.



Le aree previste dal Piano Sanitario MOSAIC sono:

- ✓ area chirurgica base (201);
- ✓ area chirurgica gastroenterologica (202);
- ✓ area (chirurgica) ostetricia (203);
- ✓ area medica ricoveri (204);
- ✓ area diagnostica a medio costo (205);
- ✓ area diagnostica analisi ed esami clinici (206);
- ✓ area diagnostica ad elevato costo (207);
- ✓ area odontoiatrica base (208);
- ✓ area odontoiatrica implantologia e protesi (209);
- ✓ visite specialistiche (210);
- ✓ fisiokinesiterapia (211);
- ✓ ticket (212);
- ✓ cure termali (213);
- ✓ area chirurgia grandi interventi chirurgici (214).

Le singole aree del proprio Piano Sanitario potranno essere precedute da “Premesse di area” riportanti informazioni utili ai fini delle richieste di rimborso. Altresì, le singole aree potranno essere suddivise in branche, con relative ulteriori premesse esposte nel Nomenclatore Base (valide trasversalmente per tutte le aree che le prevedono), che faciliteranno l’individuazione delle voci rientranti nella configurazione del proprio Piano Sanitario MOSAIC.

Si ricorda che, le prestazioni presenti nelle singole Aree saranno riconosciute come rimborsabili dal Fondo, se correttamente presentate nei termini previsti dal regolamento (3 mesi dalla data di fatturazione a saldo), se complete della documentazione eventualmente prevista e se effettivamente corrispondente a quanto eseguito (ovvero se riconosciuta come rimborsabile in quanto non rientrante nelle Esclusioni e rispondente alle indicazioni riportate).

GARANZIA 1 – Area Chirurgica (201, 202, 203, 214)

L'Area chirurgica si compone di tre sezioni:

- ✓ l'area chirurgica base (201);
- ✓ la chirurgia gastroenterologica (202);
- ✓ l'ostetricia (203).

Per includere nel piano sanitario l'area 202 o 203, deve essere obbligatoriamente scelta anche la chirurgia base (201). Inoltre, è previsto anche un'area chirurgica Grandi Interventi (214) che prevede il rimborso per circa 260 interventi chirurgici.

La tariffa prevista per le singole voci rientranti nell'Area Chirurgica (201-202-203-214), è omnicomprensiva delle prestazioni di tutti i partecipanti all'atto chirurgico/medico (operatore/i, aiuti, assistenti, tecnici ecc.), dell'anestesista e dell'assistenza prestata dall'equipe chirurgica durante il ricovero fino alle dimissioni, rilevabili dal verbale della sala operatoria e dalla cartella clinica.

Tutti gli interventi/prestazioni devono intendersi come omnicomprensivi di tutte le fasi secondo le procedure standard adottate dalla tecnica chirurgica.

L'eventuale conversione intraoperatoria da "procedura chiusa" a "procedura a cielo aperto", tecnica con la quale viene terminato l'intervento, prevede il riconoscimento della sola tecnica a "cielo aperto", ovvero viene riconosciuta una sola procedura.

Il prelievo biotico (biopsia) deve intendersi come indipendentemente dal numero di prelievi/frammenti prelevati nella medesima seduta, ovvero è rimborsabile una sola volta a seduta chirurgica se effettuata sullo stesso organo, tessuto interno o porzione di cute.

Per le procedure diagnostiche/esplorative concomitanti/contemporanee a quelle operative con stessa via di accesso, se prevista dalla copertura del singolo assistito, si considera rimborsabile solo la procedura operativa ritenendo quella diagnostica quale atto propedeutico.

Si precisa che sono valorizzate come endoscopie diagnostiche anche le procedure che prevedono l'asportazione (qualsiasi strumentazione) di polipi fino a 3 mm di dimensione.

Per gli interventi chirurgici eseguiti con strumenti/apparecchiature particolari si intendono applicate le medesime tariffe previste per gli interventi eseguiti tradizionalmente (se non diversamente esplicitato), eventualmente maggiorate delle tariffe previste per l'uso di strumenti ad alto costo (se esplicitamente presenti tra le prestazioni delle Aree previste dal proprio Piano Modulare), ed esclusivamente per quelli riportati.

In caso di interventi chirurgici concomitanti e contemporanei, anche se la via di accesso è diversa, ma eseguiti nella stessa seduta operatoria, viene applicata, nei limiti ovviamente della spesa sostenuta, la tariffa massima riferita all'intervento principale o comunque economicamente più oneroso, mentre per l'altro o per gli altri interventi la relativa tariffa massima si intende ridotta del 50%.

In tutti i casi il tipo di intervento eseguito deve risultare inequivocabilmente dal registro della sala operatoria descritto nella cartella clinica (indipendentemente dal regime di fruizione).

Si specifica che, alcune procedure sono fruibili ambulatorialmente (indipendentemente dal tipo di anestesia/sedazione) pertanto, l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi) sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente.

Per quanto riguarda gli interventi e/o procedure invasive eseguite ambulatorialmente è indispensabile produrre opportuna e dettagliata certificazione su carta intestata, rilasciata dal medico, circa il tipo di intervento praticato dal medesimo.

Non rientrano nell'operatività dell'area, quanto riportato nelle "Esclusioni" (del Nomenclatore Base), quanto specificato nel paragrafo "Prestazioni non previste da FasiOpen" e/o quanto a queste riconducibili.

Il Fondo, qualora ravvisasse la necessità di ulteriori approfondimenti nell'ambito dei previsti e consueti controlli, si riserva la facoltà di chiedere documentazione aggiuntiva pur se non esplicitamente esposta. Si invita, pertanto, a provvedere anticipatamente all'esecuzione di fotografie pre e post intervento nel caso in cui si eseguano piccoli interventi, con particolare riferimento agli interventi di chirurgia generale, dermatologia, plastica ricostruttiva ed oculistica.

Uso sale operatorie

L'uso della sala operatoria è rimborsabile in base all'identificazione del codice relativo all'interno del Nomenclatore-Tariffario. L'identificazione della fascia della sala operatoria è determinata dall'importo o somma di importi indicati come rimborso massimo relativi all'intervento eseguito nella medesima seduta operatoria, fermo restando quanto disciplinato per gli interventi chirurgici rientranti nelle Aree del proprio Piano Modulare. Il rimborso pertanto avverrà secondo quanto previsto dalla relativa fascia, nell'ambito del regime di esecuzione delle procedure, sempre ovviamente nei limiti della spesa sostenuta ed andrà a sommarsi all'importo riconosciuto per l'intervento stesso.

Il rimborso della sala ambulatoriale (relativa a piccoli interventi chirurgici), si intende comprensiva dei medicinali e materiali sanitari.

Le tariffe per le sale sono comprensive dell'uso di qualsiasi attrezzatura /apparecchiatura se non diversamente specificato.

Degenze, day hospital, day surgery

La retta giornaliera di degenza è rimborsabile per un massimo di 90 giorni nell'arco dell'anno solare (indipendentemente dalla tipologia di ricovero chirurgico o medico), intendendo per anno solare il periodo di 365 giorni precedenti ad ogni singolo giorno di ricovero. La retta di degenza (qualsiasi) è applicabile nei limiti della spesa effettivamente sostenuta per ricoveri presso Strutture Sanitarie pubbliche o private non accreditate o presso Case di Cure accreditate.

La retta di degenza in reparto di rianimazione/terapia intensiva, unità coronarica e terapia sub-intensiva (che partecipano alla valorizzazione dei 90 giorni di degenza annuali) è comprensiva della retta di degenza ordinaria e dell'assistenza medico-infermieristica continua (24ore) oltre che dell'uso di apparecchiature speciali. La spesa relativa al maggior comfort alberghiero nell'ambito di un ricovero presso le strutture summenzionate, ovvero per la sola differenza di classe, sarà riconosciuta una tariffa massima giornaliera specifica, sempre nei limiti della spesa sostenuta. Anche il

“maggior comfort alberghiero” partecipa alla valorizzazione dei 90 giorni annui.

La retta giornaliera in regime di ricovero diurno (Day Hospital) è limitato alle cure oncologiche, terapia del dolore e chemioterapia mentre, la retta per il Day Surgery (stesso codice prestazione), è limitata ad interventi chirurgici (escluse procedure eseguibili ambulatorialmente e/o che risultano eseguite ambulatorialmente). È tassativamente escluso il ricovero diurno per accertamenti diagnostici e/o per altri motivi. Si rammenta che il rimborso della retta giornaliera Day Hospital/Day Surgery è quindi escluso anche nei casi di procedure a pacchetto (es. Pacchetto Cataratta, pacchetti di gastroenterologia ecc.) e nei casi di sola consegna di medicinali/farmaci chemioterapici. Sono tassativamente esclusi qualsiasi tipologia di ricovero per prevenzione, check-up e/o al di fuori di quanto espressamente sopra riportato.

Branca	Premesse specifiche per branca
CARDIOCHIRURGIA	Tutte le prestazioni/interventi si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi esplicitamente descritti.
CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	Tutte le prestazioni/interventi si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi esplicitamente descritti.
CHIRURGIA DELLA MAMMELLA	Tutti i compensi degli interventi di chirurgia demolitiva sono comprensivi della ricostruzione plastica mammaria (escluse protesi). Il rimborso dell'intervento chirurgico di posizionamento o sostituzione di protesi mammaria viene riconosciuto solo in seguito ad interventi di chirurgia demolitiva per neoplasia. Sono escluse tutte le prestazioni con finalità estetiche e/o a queste riconducibili e/o da queste conseguenti. Tutte le prestazioni/interventi si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione.
CHIRURGIA DELLA MANO (TRATTAMENTI COMPLETI)	Per trattamento completo s'intende anche eventuale artroli, neurolisi e/o sinoviectomia e/o tenolisi nell'ambito dell'intervento principale. Voci mancanti in Chirurgia della mano: vedi anche Ortopedia e Traumatologia e Chirurgia plastica ricostruttiva. Tutte le prestazioni/interventi si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione.
CHIRURGIA DEL PIEDE (TRATTAMENTI COMPLETI)	Per trattamento completo s'intende anche eventuale artroli, neurolisi e/o sinoviectomia e/o tenolisi nell'ambito dell'intervento principale. Voci mancanti in Chirurgia del piede: vedi anche Ortopedia e Traumatologia e Chirurgia plastica ricostruttiva. Tutte le prestazioni/interventi si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione.
CHIRURGIA DERMATOLOGICA – CRIOTERAPIA- LASERTERAPIA (TRATTAMENTI COMPLETI)	La mappa nevica è compresa nella visita specialistica e/o cure. Sono esclusi tutti i trattamenti estetici (peeling, dermoabrasione, filler ed altri) e/o quanto a questi riconducibili e/o conseguenti a precedenti interventi per finalità estetiche, pur se le voci risultano esposte nella sezione. S'intendono per tumori superficiali le neoplasie soprafasciali; per tumori profondi s'intendono le neoplasie sottofasciali. In caso di interventi ambulatoriali per l'asportazione di tumori maligni, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, per il riconoscimento del rimborso, è vincolante la presentazione anche del referto dell'esame istologico. Il FasiOpen, comunque, si riserva di richiedere documentazione fotografica pre e post intervento anche per le asportazioni di neoplasie benigne; pertanto, come riportato nelle Avvertenze del Nomenclatore Base, si invita a provvedere anticipatamente all'esecuzione delle stesse. Le tariffe s'intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica, strumentazioni, apparecchiature, salvo quanto descritto. Si precisa che, con il termine “unica seduta” si intende indipendentemente dalla localizzazione (parte corpo) e dal numero di asportazioni. Altresì si precisa che la dermoabrasione, è assimilabile unicamente al codice/prestazione della diatermocoagulazione e/o crioterapia. Non sono considerate come prestazioni rimborsabili, i trattamenti laser e/o chirurgici delle teleangectasie, angiomi rubini, spider nevi ed analoghi (non sono previste deroghe). Voci mancanti in Chirurgia dermatologica si vedano in Chirurgia plastica ricostruttiva.

Branca	Premesse specifiche per branca
CHIRURGIA GENERALE (TRATTAMENTI COMPLETI PER INTERVENTI CHIRURGICI MINORI)	<p>Si intendono per tumori superficiali le neoformazioni soprafasciali/extrafasciali; per tumori profondi si intendono le neoformazioni sottofasciali. Si intendono per tumori profondi extracavitari: il tumore del muscolo scheletrico, il tumore o la lesione simultumorale fibrosa. Per trattamenti terapeutici iniettivi si intendono: il trattamento con tossina botulinica per le ragadi anali ed il trattamento con sclerosanti per le emorroidi (non sono previste altre tipologie). In caso di interventi ambulatoriali per l'asportazione di tumori maligni, indipendentemente dalla tecnica chirurgica utilizzata, per il riconoscimento del rimborso previsto, è vincolante la presentazione anche del referto dell'esame istologico. Il FasiOpen, comunque, si riserva di richiedere documentazione fotografica pre e post intervento anche per le asportazioni di neoformazioni benigne; pertanto, come riportato nelle Avvertenze del Nomenclatore Base, si invita a provvedere anticipatamente all'esecuzione delle stesse. Le tariffe si intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica (tradizionale, endoscopica o con altre strumentazioni/apparecchiature ecc.). Le medicazioni (semplici e/o avanzate) per qualsiasi tipologia di ferita o per ulcera cutanea di qualsiasi natura non sono rimborsabili se eseguite in regime ambulatoriale mentre, in regime di ricovero (qualsiasi) si intendono ricomprese nelle procedure/ ricovero stesso (ovvero non sono rimborsabili come quota aggiuntiva).</p>
CHIRURGIA ORO-MAXILLO-FACCIALE	<p>Tutte le prestazioni/interventi della sezione si intendono eseguiti da specialista in chirurgia maxillo-facciale con qualsiasi tecnica, apparecchiatura /strumentazione (comprese), presso Struttura Sanitaria autorizzata per day surgery o ricovero notturno (non sono riconosciute prestazioni eseguite in regime ambulatoriale e/o presso studi odontoiatrici pur se eseguite da specialista in chirurgia oro-maxillo- facciale).</p> <p>Per alcuni atti chirurgici, effettuati in regime ambulatoriale/ studio/ presidio/ servizio odontoiatrico autorizzato per l'odontoiatria e la protesi dentaria e convenzionato in forma diretta, seppur eseguiti da medico chirurgo specializzato in chirurgia oro-maxillo-facciale, si farà riferimento a quanto previsto nella sezione Odontoiatria, se rientrante tra le prestazioni previste dal Fondo e/o dal proprio Piano Sanitario.</p>
CHIRURGIA PEDIATRICA	<p>Per voci mancanti in Chirurgia pediatrica: vedi anche le altre branche chirurgiche.</p> <p>Tutte le prestazioni/interventi della sezione si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.</p> <p>Si ricorda, ancora una volta come anche per tutte le prestazioni esposte Nomenclatore Base, che le prestazioni sono riconosciute dal FasiOpen solo ed esclusivamente se rientranti nel proprio Piano Sanitario alle condizioni e limiti economici da questi esposti. Si precisa che, le prestazioni possono essere riconosciute solo se l'assistito, risulta regolarmente iscritto presso il Fondo all'atto dell'inizio del ricovero.</p>
CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA (TRATTAMENTI COMPLETI)	<p>Non sono rimborsabili gli interventi eseguiti per finalità estetiche e/o a queste riconducibili e/o conseguenti a precedenti interventi per finalità estetiche pur se le voci risultano esposte nella sezione. S'intendono per tumori superficiali le neoformazioni soprafasciali/extrafasciali; per tumori profondi s'intendono le neoformazioni sottofasciali. Per quanto riferito alle asportazioni chirurgiche di cheloidi o cicatrici, è vincolante, ai fini del rimborso, la presentazione del referto di Pronto Soccorso, se conseguenti a eventi traumatici pregressi, o di verbale di sala operatoria, se conseguenti ad atti chirurgici che comportino una limitazione funzionale. Il FasiOpen, in ogni caso, si riserva di richiedere documentazione fotografica pre e post intervento anche per eventuali asportazioni di neoformazioni benigne, pertanto, come riportato nelle Avvertenze del Nomenclatore Base, si invita a provvedere anticipatamente all'esecuzione delle stesse. Non sono considerate come prestazioni rimborsabili, i trattamenti laser e/o chirurgici delle teleangectasie, angiomi rubini, spider nevi ed analoghi (non sono previste deroghe). Quanto indicato s'intende per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica (qualsiasi strumentazione/apparecchiatura). Per le voci mancanti in Chirurgia plastica ricostruttiva si veda in Chirurgia dermatologica.</p>

Branca	Premesse specifiche per branca
CHIRURGIA TORACO-POLMONARE	Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.
CHIRURGIA VASCOLARE	Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.
GASTROENTEROLOGIA (CHIRURGIA GASTROENTEROLOGICA – TRATTAMENTI COMPLETI)	Tutte le prestazioni/interventi elencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti. Anoscopia e proctoscopia sono comprese nella visita. Per le procedure diagnostiche/esplorative concomitanti/contemporanee a quelle operative con stessa via di accesso, si considera rimborsabile solo la procedura operativa ritenendo quella diagnostica quale atto propedeutico. Si precisa che sono valorizzate come endoscopie diagnostiche anche le procedure che prevedono l'asportazione (qualsiasi strumentazione) di polipi fino a 3 mm di dimensione. Le procedure di Esofagogastroduodenoscopia (diagnostica ed operativa) e Pancolonscopia (diagnostica ed operativa), qualora previste nelle Garanzie del singolo Piano Sanitario e nei limiti e condizioni da questi esposti, sono riconosciute esclusivamente nella modalità "a pacchetto", la quale sostituisce integralmente le voci/codici presenti nelle precedenti edizioni del Nomenclatore. Per le predette procedure eseguite contemporaneamente e quindi concomitanti, ad altri/e interventi/procedure principali, sono a disposizione le rispettive voci "concomitanti" per le quali, in deroga a quanto regolamentato per gli interventi, la valorizzazione ai fini del rimborso sarà al 100%.
GINECOLOGIA	Tutti gli interventi chirurgici della sezione, s'intendono eseguiti con qualsiasi via di accesso, qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.
NEUROCHIRURGIA (TRATTAMENTI COMPLETI)	Tutti gli interventi chirurgici della sezione, s'intendono eseguiti con qualsiasi via di accesso, qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti. Si specifica che per tratto si intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale. Pertanto, ai fini del rimborso, la valorizzazione dell'intervento/i sarà pari ad 1 quantità qualora la medesima procedura interessi il medesimo tratto (esempio nel caso di intervento su 2 vertebre rientranti nel medesimo tratto, il valore del rimborso è pari a quantità 1 del corrispettivo codice intervento).
OCULISTICA (TRATTAMENTI COMPLETI)	Le tariffe si intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica, strumentazioni, apparecchiature, escluso laser, salvo quanto descritto. Gli interventi eseguiti con laser riconosciuti come rimborsabili sono unicamente descritti nel paragrafo "Trattamenti laser". Non sono rimborsabili qualsiasi tipo di cure o interventi chirurgici finalizzati ai trattamenti per la miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, correzione della cornea, eseguiti con qualsiasi metodica ed apparecchiatura salvo quanto descritto. Il Fondo, qualora ravvisasse la necessità di ulteriori approfondimenti nell'ambito dei previsti e consueti controlli, si riserva la facoltà di chiedere documentazione aggiuntiva pur se non esplicitamente esposta. Si invita, pertanto, a provvedere anticipatamente all'esecuzione di fotografie pre e post intervento nel caso in cui si eseguano piccoli interventi (ad esempio le foto pre e post procedura sono obbligatorie per l'intervento di Ptosi palpebrale). Le fotografie pre e post operatorie sono obbligatorie, in associazione alla relazione medica/verbale dell'intervento, nel caso di procedure sulle Palpebre e/o Congiuntiva. Le procedure sono comprensive della conta delle cellule endoteliali (in particolare per quelle sulla Cornea e Cristallino). L'intervento di cataratta è previsto unicamente in modalità a Pacchetto. Qualora si procedesse ad un intervento di Cataratta bilaterale, sarà riconosciuto il Pacchetto Cataratta (monolaterale) e quanto previsto per l'intervento di Cataratta concomitante (solo ed esclusivamente se eseguito contemporaneamente al Pacchetto stesso). In tal caso la valorizzazione ai fini del rimborso sarà pari al valore del Pacchetto a cui saranno sommati unicamente l'intervento di cataratta concomitante e la protesi del cristallino relativa alla cataratta concomitante (non ci sono altre possibilità).

Branca	Premesse specifiche per branca
ORTOPEDIA (TRATTAMENTI COMPLETI)	<p>Per articolazioni si intendono: grandi (anca, ginocchio, spalla); medie (gomito, polso, tibio-peroneo-astragalica); piccole (le restanti). Per segmenti ossei si intendono: grandi (femore, omero, tibia); medi (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone); piccoli (i restanti). Per tratto s'intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale. Pertanto, ai fini del rimborso, la valorizzazione dell'intervento/i sarà pari ad 1 quantità qualora la medesima procedura interessi il medesimo tratto (esempio nel caso di intervento su 2 vertebre rientranti nel medesimo tratto, il valore del rimborso è pari a quantità 1 del corrispettivo codice intervento). Per trattamento completo si intende anche eventuale artroliasi, neurolisi e/o sinoviectomia e/o tenolisi nell'ambito dell'intervento principale, salvo quanto specificatamente descritto. Le procedure di "Neurolisi", "Tenolisi" non sono associabili a tutte le procedure definite come "trattamento completo" in quanto già comprese nelle stesse. Le tariffe si riferiscono a interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica e strumentazione o apparecchiatura, salvo quanto descritto. Gli interventi di protesi totale di anca/revisione di protesi totale di anca (qualsiasi tipologia esposta nel Nomenclatore Base) sono rimborsabili esclusivamente in modalità "a pacchetto", la quale sostituisce integralmente le singole voci/codici analitici presenti nelle precedenti edizioni del Nomenclatore. Per le predette procedure eseguite contemporaneamente e quindi concomitanti, ad altri/e interventi/procedure principali, sono a disposizione le rispettive voci "concomitanti" per le quali, in deroga a quanto regolamentato per gli interventi, la valorizzazione ai fini del rimborso sarà al 100%.</p>
OSTETRICIA (TRATTAMENTI COMPLETI)	<p>Le tariffe sono comprensive del compenso dell'ostetrica e dell'assistenza neonatologica durante tutto il periodo del ricovero della madre. Tutte le prestazioni/interventi elencati s'intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, strumentazioni, apparecchiature, salvo quanto descritto.</p>
OTORINOLARINGOIATRIA (TRATTAMENTI COMPLETI)	<p>Si specifica che gli interventi di rinoseptoplastica e settoplastica aventi finalità di natura estetica, o conseguenti a correzioni chirurgiche di natura estetica, e/o a tutti questi riconducibili, non sono mai rimborsabili anche quando siano concomitanti ad altri interventi rimborsabili. Le tariffe si intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica, metodica ed apparecchiatura/strumentazioni. Si specifica che, alcune prestazioni rientranti nella presente sezione (e relative sottobranchie), sono rimborsabili, alle condizioni previste, solo ed esclusivamente nel corso della visita specialistica, ovvero, non saranno rimborsabili se effettuate in sedute separate e/o da operatori diversi.</p>
RADIOLOGIA INTERVENTISTICA (TRATTAMENTI COMPLETI)	<p>Le tariffe comprendono l'intera équipe medica-chirurgica-radiologica-anestesiologica, l'uso del contrasto e delle radiografie necessarie (tutte le proiezioni necessarie) ed il compenso professionale per eventuale applicazione di stent. I materiali speciali ad alto costo ed eventuali medicinali, salvo quanto analiticamente esposto nel Nomenclatore Base o quanto considerato compreso, sono rimborsati così come descritto in "Medicinali e Materiali sanitari". Per tratto s'intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale. Pertanto, ai fini del rimborso, la valorizzazione dell'intervento/i sarà pari ad 1 quantità qualora la medesima procedura interessi il medesimo tratto. Tutte le prestazioni/interventi si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, strumentazioni, apparecchiature, salvo quanto descritto.</p>
UROLOGIA (TRATTAMENTI COMPLETI) DIAGNOSTICA UROLOGICA –UROLOGIA ENDOSCOPICA ED OPERATIVA	<p>I materiali speciali ad alto costo ed eventuali medicinali, salvo quanto analiticamente esposto nel Nomenclatore Base o quanto considerato compreso, sono rimborsati così come descritto in "Medicinali e Materiali sanitari". Tutte le prestazioni ed interventi sotto elencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, strumentazioni, apparecchiature, salvo quanto descritto. Gli interventi eseguiti in endoscopia si intendono comprensivi di strumentazione/apparecchiatura (materiali monouso legati alla strumentazione) eventuale uretrotomia, lisi di aderenze transuretrali ed incisione del collo vescicale. Si precisa che, con il termine "per seduta" si intende indipendentemente dal numero di prestazioni effettuate.</p>
UROLOGIA - ATTI CHIRURGICI	<p>Tutte le prestazioni ed interventi della sezione si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, strumentazioni, apparecchiature, salvo quanto descritto. Si specifica che la peniscopia è compresa nella visita specialistica.</p>

Branca	Premesse specifiche per branca
CHIRURGIA GRANDI INTERVENTI	<p>Le tariffe comprendono l'intera équipe medica-chirurgica-radiologica-anestesiologica. L'area comprende anche eventuali accertamenti diagnostici eseguibili in corso di ricovero notturno. Gli interventi si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, strumentazioni, apparecchiature, salvo quanto espressamente riportato nel Nomenclatore-Tariffario. Non sono rimborsabili interventi a scopo preventivo. Per le procedure e/o accertamenti rientranti nella presente Area, sono valide tutte le indicazioni esposte nelle relative branche di appartenenza delle prestazioni/voci/procedure oltre che quanto ampiamente esposto nel Nomenclatore Base FasiOpen.</p>

**Piano
Sanitario
“Mosaic”****Dettaglio
garanzie
incluse****GARANZIA 2 – Area Medica Ricoveri
(204)**

L'Area Medica Ricoveri si riferisce esclusivamente ai ricoveri effettuati **senza intervento chirurgico**. È previsto il rimborso per la retta di degenza in reparto di rianimazione/terapia intensiva o unità coronarica o sub-intensiva che si intende comprensiva, oltre che della retta di degenza ordinaria, dell'assistenza medico-infermieristica continua (24 ore), del personale tecnico/ausiliario e dell'uso di apparecchiature speciali. È esclusa dal rimborso qualsiasi tipologia di ricovero a scopo preventivo ed in assenza di patologia in corso, ovvero sono esclusi i ricoveri per check-up (e/o quanto a questi assimilabili/riconducibili).

Le tariffe esposte relative all'assistenza di equipe medica in regime di ricovero notturno in reparti di medicina sono comprensive delle prestazioni professionali dell'intera equipe medica durante un ricovero con degenza notturna.

È escluso il rimborso per l'assistenza medica in degenza se eseguite in un ricovero con degenza diurna (day hospital) per qualsiasi tipo di patologia, salvo le prestazioni per chemioterapia oncologica e terapia del dolore.

Le tariffe per oncologia medica e chemioterapia esposte sono comprensive delle prestazioni professionali dell'intera equipe medica-oncologica.

Per la radioterapia (trattamenti completi salvo quanto espressamente descritto) le tariffe esposte, se non diversamente indicato, si intendono per seduta, indipendentemente se eseguite ambulatorialmente o in ricovero (diurno o notturno). Comprendono: l'uso delle apparecchiature, la stesura del piano di cura, le visite di controllo ed i sistemi di verifica durante il trattamento, le dosimetrie in vivo, il mezzo di contrasto e l'assistenza anestesilogica, i materiali di uso comune, ove necessari, salvo quanto specificatamente descritto.

Per la terapia antalgica (trattamenti completi salvo quanto espressamente descritto) le tariffe sono comprensive dell'assistenza équipe medica durante la fase di ricovero. Le prestazioni sono rimborsabili sia se eseguite in regime di ricovero diurno o notturno sia ambulatoriale.

Per la presente Area rimane valido, come parte integrante, quanto esposto (nell'ambito di applicabilità al Piano Sanitario) nel Nomenclatore Base FasiOpen.



GARANZIA 3 – Area Diagnostica (205, 206, 207)

Per la diagnostica sono previste tre aree:

- ✓ la diagnostica a medio costo (205);
- ✓ la diagnostica analisi ed esami clinici (206);
- ✓ la diagnostica ad elevato costo (207).

Per accedere ai previsti rimborsi è necessario trasmettere, unitamente alle relative fatture (procedura online), il dettaglio delle prestazioni eseguite nonché la prescrizione del medico curante (competente per diagnosi) con l'indicazione del tipo di patologia e/o del quesito diagnostico (diverso dalla sintomatologia) che ha reso indispensabile gli accertamenti stessi. Il Fondo non rimborsa prestazioni riconducibili a check-up, prestazioni di medicina preventiva/sperimentale e/o di ricerca e/o quant'altro esposto o riconducibile a quanto esposto nelle “Esclusioni” (del Nomenclatore Base) e nel paragrafo “Prestazioni non previste da FasiOpen”, indipendentemente dalla tipologia o dalla motivazione per il quale si eseguono. Il Fondo, dunque si riserva di valutare, di volta in volta, l'attinenza degli accertamenti effettuati con la patologia/quesito diagnostico dichiarati e/o con la specializzazione del professionista (rilevabile anche a mezzo di consultazione del sito dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri) che li prescrive.

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

Si ricorda che gli accertamenti diagnostici sono rimborsabili, anche se fruiti tramite pagamento del ticket, qualora quest'ultimo sia riferito esplicitamente a prestazioni previste dal Nomenclatore Base e rientranti in quanto previsto dal proprio Piano Sanitario, ovvero, qualora la prestazione sia prevista dal Nomenclatore Base FasiOpen ma, questa non rientri tra gli accertamenti diagnostici ambulatoriali previsti dal proprio Piano Sanitario, non potrà essere riconosciuto neanche se fruito tramite ticket. Nel caso di contemporaneo pagamento del ticket per prestazioni in convenzione con il S.S.R. e di prestazioni private, è indispensabile far indicare dalla Struttura Sanitaria, oltre l'indicazione del tipo di prestazione, la ripartizione degli importi tra ticket e prestazione privata. Si precisa che limitazioni quantitative e/o temporali, eventualmente previste per le prestazioni, saranno applicate anche a quelle soggette al pagamento del solo ticket.

Tutte le analisi di laboratorio contenute nel Nomenclatore-Tariffario sono rimborsabili solo ed esclusivamente se regolarmente fatturate da laboratori di analisi autorizzati.

Si rimborsano tutti gli accertamenti, esposti nel dettaglio della singola area, comprese le analisi genetiche eseguiti unicamente con finalità diagnostico-terapeutiche e secondo i protocolli diagnostici validati dalla medicina convenzionale.

Le analisi di laboratorio e le procedure medico-chirurgiche previste per il trattamento delle cellule staminali sono rimborsabili solo se descritte nel Nomenclatore-Tariffario (nelle Aree del rispettivo Piano Modulare) in vigore e nei limiti (economici/temporali/quantitativi) previsti dallo stesso.

In relazione alle Analisi cliniche si precisa che il prelievo è compreso nelle prestazioni stesse. L'eventuale richiesta di prelievo domiciliare, come voce aggiuntiva all'esame stesso e limitatamente a quelli previsti dal Nomenclatore Base rientranti nel proprio

Piano Sanitario, deve chiaramente risultare esposta all'interno della prescrizione medica e deve essere coerente con la patologia, ovvero deve risultare compatibile con il quadro clinico che ha reso necessario il prelievo presso il domicilio. Per gli esami radiologici e/o per gli accertamenti diagnostici di medicina nucleare, le relative tariffe si riferiscono ad esami completi delle proiezioni e del numero di radiogrammi necessari per un esame esaustivo. I medesimi comprendono altresì l'onorario del radiologo e/o del medico nucleare e/o di altri specialisti (es. anestesista/assistenza anestesilogica), del personale tecnico e, ove intervengano e non diversamente ed esplicitamente previsto dalle singole premesse specifiche, anche i mezzi di contrasto, i materiali, i medicinali e quant'altro necessario ai fini dell'esame. È pertanto esclusa, da parte delle Strutture Sanitarie, l'addebito di quanto sopra per gli assistiti del Fondo, oltre gli accertamenti stessi. Si rammenta altresì che, per alcuni esami diagnostici, è prevista la riduzione del 50% sul secondo esame (o comunque il meno oneroso) come riportato nelle rispettive "Premesse specifiche di branca". Per quanto appena riportato, la definizione di "nel corso della stessa seduta" deve intendersi, nel corso del medesimo accesso alla struttura sanitaria (documentato o rilevabile), pertanto, nel caso di esecuzione di 2 accertamenti, sarà applicata la riduzione del 50% (ove previsto), qualora non sia inequivocabilmente riscontrabile il diverso accesso.

Branca	Premesse specifiche per branca
ANALISI CLINICHE	<p>Il prelievo è compreso nella tariffa dell'esame a cui si riferisce, salvo i casi specificatamente descritti nella sezione "prelievi". In quest'ultimo caso, si precisa che l'eventuale richiesta di "prelievo a domicilio", deve essere indicata nella prescrizione medica e deve essere supportata da un quadro clinico compatibile con la richiesta stessa. Le analisi si intendono eseguite con qualsiasi tecnica e metodica e la tariffa si intende cadauna, salvo quanto esposto nelle singole voci. Se non diversamente specificato, gli esami sono riferiti a qualsiasi tipo di liquido o tessuto biologico. Il Fondo si riserva di valutare di volta in volta l'attinenza degli accertamenti effettuati con la patologia dichiarata. Le analisi di laboratorio e le procedure medico-chirurgiche previste per il trattamento delle cellule staminali sono liquidabili solo se presenti nel Nomenclatore Base e nell'Area del rispettivo Piano Sanitario. Tutte le analisi di laboratorio elencate nel Nomenclatore Base sono liquidabili solo ed esclusivamente se fatturate da laboratori di analisi regolarmente autorizzati e corredate da relativa prescrizione medica con diagnosi. Si rimborsano tutti gli accertamenti, comprese le analisi genetiche, se previste dal proprio Piano Sanitario, nei limiti ed alle condizioni da questi esposte, unicamente se eseguiti con finalità diagnostico-terapeutiche e secondo i protocolli diagnostici validati dalla medicina convenzionale. Sono tassativamente escluse dal rimborso le prestazioni di medicina preventiva /check-up, sperimentale e/o di ricerca e quant'altro esposto nelle "Esclusioni" (del Nomenclatore Base) e nel paragrafo "Prestazioni non previste da FasiOpen".</p> <p>Si precisa che l'esame di "Proteinemia Totale" è compreso nell'esame "Elettroforesi delle siero proteine".</p> <p>Gli esami di "Citogenetica (prenatale e post natale)", limitatamente a quelli rientranti nell'area di intervento del Fondo (analiticamente esposti – non sono previste altre possibilità), sono rimborsabili nei limiti esposti e solo dietro prescrizione del Medico Chirurgo specializzato in "Genetica Medica" (genetica clinica).</p> <p>Gli esami rientranti nella sottosezione "Genetica Molecolare" limitatamente a quelli rientranti nell'area di intervento del Fondo (analiticamente esposti – non sono previste altre possibilità), sono rimborsabili nei limiti esposti e solo dietro prescrizione del Medico Chirurgo specializzato in "Genetica Medica" (genetica clinica) oppure in Oncologia. Si precisa che, poiché il risultato di molti esami non varia con il passare del tempo, la conservazione dei relativi esiti rimane a cura dell'assistito (il Fondo non rilascia copia di quanto pervenutogli).</p>

Branca	Premesse specifiche per branca
ESAMI CITO/ISTOLOGICI /IMMUNOISTOCHEMICI	<p>Gli esami si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica o metodica.</p> <p>Si specifica che, nell'ambito del Nomenclatore Base, l'esame "Citologico per diagnostica tumorale (Pap Test)" è rimborsabile, se previsto dalla Garanzia degli accertamenti diagnostici del proprio Piano Sanitario (nei limiti da questo previsto) sia nel caso del "Pap Test" standard sia nel caso di esame "Thin Prep".</p>
ESAMI ISTOLOGICI/ IMMUNOISTOCHEMICI	<p>Gli esami si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica o metodica.</p> <p>Per "Istologico (1 parte anatomica o neoformazione)" si intende l'esame effettuato su una singola parte anatomica/neoformazione mentre, "Istologico, ogni inclusione in più" si intende, correlato al "Istologico (1 parte anatomica o neoformazione)" e quindi l'ulteriore l'esame effettuato su campioni parziali dello stesso, secondo il seguente esempio: data 1 neoformazione, si effettua "istologico (1 parte anatomica o neoformazione)", vengono effettuati 2 ulteriori istologici di parte/frammenti di questa medesima neoformazione, si effettuano dunque n°2 "istologici, ogni inclusione in più"; date 2 neoformazioni diverse, si effettua l'esame istologico di entrambe le neoformazioni, ovvero si effettuano n°2 "istologico (1 parte anatomica o neoformazione)".</p>
PRELIEVI	<p>Si precisa che, il prelievo è compreso nelle prestazioni stesse, non è pertanto rimborsabile (o imputabile dalle Strutture Sanitarie convenzionate) come voce a sé stante, neanche se rientrante all'interno del ticket (in caso di prestazioni in convenzione con il S.S.R). L'eventuale richiesta di prelievo domiciliare, come voce aggiuntiva all'esame stesso e limitatamente a quelli previsti dal Nomenclatore Base, deve chiaramente risultare esposta all'interno della prescrizione medica e deve essere coerente con la patologia, ovvero deve risultare compatibile con il quadro clinico che ha reso necessario il prelievo presso il domicilio.</p>
CARDIOLOGIA	<p>Le voci descritte comprendono, sempre, l'uso delle apparecchiature e dei compensi professionali.</p> <p>L'e.c.g. di base necessita sempre della prescrizione medica con diagnosi certa o presunta, salvo l'esecuzione dello stesso in corso di visita cardiologica, in tal caso, sarà sufficiente la refertazione del professionista.</p> <p>Si precisa che i "Test ergometrici" sono comprensivi dell'e.c.g. di base.</p> <p>Nessun rimborso è previsto per accertamenti eseguiti al fine di rilascio di certificazioni (patente, idoneità sportiva, ecc.), e quant'altro specificato nelle "Esclusioni" (del Nomenclatore Base), nel paragrafo "Prestazioni non previste da FasiOpen" e/o a queste riconducibili.</p>
ANGIOGRAFIA	<p>Le tariffe comprendono l'intera équipe medica-radiologica-anestesiologica, il personale tecnico/ausiliario, il contrasto e le radiografie necessarie (complete delle proiezioni e del numero di radiogrammi necessari). I materiali speciali ed eventuali medicinali sono rimborsati come descritto nella relativa sezione "Medicinali e Materiali Sanitari". Per ogni ulteriore prestazione oltre la prima nel corso della stessa seduta si intende applicata la tariffa prevista ridotta del 50%. Per distretto vascolare s'intende lo studio dei vasi cerebrali o sopraortici o toracici od addominali-splancnici o di un arto o di un metamerio spinale.</p>
ECOGRAFIA	<p>Tutte le prestazioni si considerano eseguite con qualsiasi tecnica, metodica ed apparecchiatura e, ove necessario, sono comprensive di medicinali/farmaci. In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta, o contemporaneamente ad indagini presenti nella sezione di diagnostica vascolare (qualsiasi esame), le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50% (applicato sul/sugli esame/i meno oneroso/i). Gli esami sono comprensivi dell'eventuale assistenza anestesiologica e, laddove specificato nel codice prestazione, si intende comprensivo anche del mezzo di contrasto. 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 e vescica (per donna).</p> <p>Per le ecografie linfonodali, si specifica che viene riconosciuto 1 esame per distretto linfonodale, indipendentemente se trattasi di esame monolaterale o bilaterale (esempio: ecografia linfonodi ascellari corrisponde ad 1 unico codice prestazione).</p>

Branca	Premesse specifiche per branca
MINERALOMETRIA - DENSITOMETRIA OSSEA	Per segmenti ossei s'intendono: grandi (femore, omero, tibia); medi (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone); piccoli (i restanti). Per tratto s'intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.
RADIOLOGIA TRADIZIONALE	<p>Gli esami si intendono completi di tutte le proiezioni, radiogrammi necessari, qualsiasi contrasto utilizzato e/o insufflazione gassosa e di qualsiasi prestazione professionale necessaria, compresa assistenza per scopia. Si specifica che il mezzo di contrasto per le prestazioni che lo prevedono nella sezione, è compreso nell'esame stesso, ovvero non è prevista una quota aggiuntiva di rimborso. Per tratto s'intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.</p> <p>Si precisa che l'esame "bacino per anche" corrisponde ad un unico codice di radiografia bacino e non si somma al codice di radiografia anca. Lo studio delle "anche" o "studio comparativo dell'anca" non è assimilabile al "bacino per anche" e corrisponde alla somma di radiografia "anca destra" e radiografia "anca sinistra".</p> <p>Gli esami radiologici, effettuati da Odontoiatra o Struttura odontoiatrica, sono richiedibili solo nell'ambito della specifica procedura odontoiatria (vedi Area Odontoiatrica), dunque, non sono riconosciuti in forma indiretta.</p>
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE	<p>Gli esami si intendono completi di tutte le sequenze di acquisizione necessaria, della prestazione anestesilogica (indipendentemente dalla tipologia di anestesia o sedazione) ove necessaria e di eventuali altri operatori medici e/o tecnici. Per ogni ulteriore esame o tratto esaminato oltre al primo, nel corso della stessa seduta, s'intende applicata la tariffa prevista ridotta del 50% (sull'esame/i meno oneroso/i). Qualsiasi esame eseguito "con contrasto" o "senza e con contrasto", sarà aumentato della relativa tariffa descritta per il contrasto (sarà riconosciuto un solo codice relativo al mezzo di contrasto indipendentemente dal numero di esami eseguiti nella medesima seduta). Per segmenti ossei s'intendono: grandi (femore, omero, tibia); medi (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone); piccoli (i restanti). Per articolazioni o distretti articolari s'intendono: grandi (anca, ginocchio, spalla); medie (gomito, polso, tibio-peroneo-astragalica); piccole (le restanti). Per tratto s'intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale. Per distretto vascolare s'intende lo studio dei vasi cerebrali o sopraortici o toracici od addominali-splancnici o di un metamero spinale o di un arto. Gli esami s'intendono eseguiti con qualsiasi apparecchiatura/strumentazione.</p> <p>Si precisa ulteriormente che gli esami "Total Body" comprendono anche il tratto del "collo", non è pertanto previsto il riconoscimento di un ulteriore esame "R.M. Collo". Altresì si precisa che, anche per questa edizione del Nomenclatore, l'esame "Cine R.M. Cuore" è riconosciuto come "R.M. Cuore", non è pertanto assimilabile all'esame "Cine R.M. come studio funzionale di articolazioni".</p>
TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA	<p>Gli esami si intendono completi dello scanogramma e di tutte le scansioni necessarie, della prestazione anestesilogica (indipendentemente dalla tipologia di anestesia o sedazione) ove necessaria e di eventuali altri operatori medici e/o tecnici. Per ogni ulteriore esame o tratto esaminato oltre al primo, nel corso della stessa seduta, s'intende applicata la tariffa prevista ridotta del 50% (sull'esame/i meno oneroso/i). Qualsiasi esame eseguito "con contrasto" o "senza e con contrasto", sarà aumentato della relativa tariffa descritta per il contrasto (sarà riconosciuto un solo codice relativo al mezzo di contrasto indipendentemente dal numero di esami eseguiti nella medesima seduta). Per segmenti ossei s'intendono: grandi (femore, omero, tibia); medi (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone); piccoli (i restanti). Per articolazioni o distretti articolari s'intendono: grandi (anca, ginocchio, spalla); medie (gomito, polso, tibio-peroneo-astragalica); piccole (le restanti). Per tratto s'intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale. Per distretto vascolare s'intende lo studio dei vasi cerebrali o sopraortici o toracici od addominali-splancnici o di un metamero spinale o di un arto. Gli esami s'intendono eseguiti con qualsiasi apparecchiatura/strumentazione.</p> <p>Si precisa ulteriormente che gli esami "Total Body" comprendono anche il tratto del "collo", non è pertanto previsto il riconoscimento di un ulteriore esame "T.C. colonna vertebrale: 1 segmento con un minimo di 3 spazi intersomatici". Altresì si specifica che, per la "T.C. della colonna vertebrale", il segmento è da riferirsi al tratto o ai tratti specificati nei codici stessi.</p>

Branca	Premesse specifiche per branca
ULTRASUONOLOGRAFIA DOPPLER – ECODOPPLER – ECOCOLOR DOPPLER	<p>Gli esami si riferiscono ad entrambi i lati, comprensivi dello studio del circolo arterioso e venoso non è quindi riconosciuto il doppio addebito e/o rimborso. Le voci/tariffe esposte sono valide anche per qualsiasi esame doppler che associ altre tecniche e metodiche quali laser, etc. In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta, o contemporaneamente ad indagini ecografiche (qualsiasi), le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50% (sull'esame/i meno oneroso/i).</p> <p>Si precisa che gli esami bilaterali su arti superiori eseguiti nella medesima seduta degli esami bilaterali su arti inferiori, corrispondono all'esame su quattro arti per il quale si deve fare riferimento all'apposito codice.</p> <p>L'ecocardiogramma doppler e/o ecocolor doppler cardiaco non sono assimilabili alle voci della presente sezione. Per tali prestazioni si dovrà fare riferimento alla sezione Ecografia.</p>
MEDICINA NUCLEARE (SCINTIGRAFIA)	<p>Le tariffe si intendono comprensive dei medicinali, degli indicatori, dei materiali d'uso e dell'assistenza cardiologica ed anestesiológica (ove necessaria) e del personale tecnico. Le tariffe sono comprensive di eventuali test farmacologici, ergometrici e qualsiasi tipo di procedura diagnostica provocativa.</p>
NEUROLOGIA	<p>La necessità di effettuazione delle prestazioni della sezione deve essere certificata/ prescritta dal medico specialista in neurologia. Nel caso di prescrizioni rilasciate da professionisti con diversa specializzazione rispetto a quanto indicato, sarà a discrezione del Fondo, l'accettazione della stessa che, si baserà sulla insindacabile valutazione della pertinenza della richiesta in rapporto alla specializzazione ed al quesito diagnostico fornito (obbligatorio). In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta, le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50% (sull'esame/i meno oneroso/i). Le tariffe sono onnicomprensive dei materiali d'uso e dei medicinali.</p>
OCULISTICA	<p>La necessità di effettuazione delle prestazioni della sezione deve essere certificata/ prescritta dal medico specialista in oftalmologia. Nel caso di prescrizioni rilasciate da professionisti con diversa specializzazione rispetto a quanto indicato, sarà a discrezione del Fondo, l'accettazione della stessa che, si baserà sulla insindacabile valutazione della pertinenza della richiesta in rapporto alla specializzazione ed al quesito diagnostico fornito (obbligatorio). In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta, le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50% (sull'esame/i meno oneroso/i). I materiali e i medicinali sono compresi nelle tariffe esposte. La transilluminazione, il Fundus Oculi, il test di Shirmer, il test di But e lo schermo di Hess sono compresi nella visita. La Fotografia del fondo oculare è rimborsabile esclusivamente se eseguita da medico chirurgo specializzato in oftalmologia e solo contestualmente alla visita specialistica. La Tonometria è rimborsabile solo se eseguita in seduta separata rispetto alla visita specialistica, contrariamente si considera compresa nella visita stessa.</p>
OTORINOLARINGOIATRIA	<p>La necessità di effettuazione delle prestazioni della sezione deve essere certificata/ prescritta dal medico specialista in otorinolaringoiatria. Nel caso di prescrizioni rilasciate da professionisti con diversa specializzazione rispetto a quanto indicato, sarà a discrezione del Fondo, l'accettazione della stessa che, si baserà sulla insindacabile valutazione della pertinenza della richiesta in rapporto alla specializzazione ed al quesito diagnostico fornito (obbligatorio). In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta, le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50% (sull'esame/i meno oneroso/i). I materiali e i medicinali sono compresi nelle tariffe esposte.</p>
PNEUMOLOGIA	<p>La necessità di effettuazione delle prestazioni della sezione deve essere certificata/ prescritta dal medico specialista in pneumologia. Nel caso di prescrizioni rilasciate da professionisti con diversa specializzazione rispetto a quanto indicato, sarà a discrezione del Fondo, l'accettazione della stessa che, si baserà sulla insindacabile valutazione della pertinenza della richiesta in rapporto alla specializzazione ed al quesito diagnostico fornito (obbligatorio). In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta, le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50% (sull'esame/i meno oneroso/i). Le tariffe sono comprensive dei materiali d'uso ed eventuali medicinali.</p>

Branca	Premesse specifiche per branca
TEST ALLERGOMETRICI/ ALLERGOLOGIA	<p>Le tariffe rappresentano i compensi professionali e comprendono i materiali d'uso. Sono esclusi dai rimborsi i medicinali e/o le sostanze usate per gli esami (serie di allergeni). Le tariffe si intendono per seduta a cui si può aggiungere la tariffa della visita una sola volta per ciclo di sedute/terapie. La documentazione di spesa deve essere sempre accompagnata da attestazione medica riportante esattamente: la diagnosi ed il numero delle sedute/terapie ritenute necessarie. Le prestazioni della presente sezione non sono assimilabili ai vaccini (qualsiasi tipologia).</p>

Piano Sanitario “Mosaic”

Dettaglio garanzie incluse

GARANZIA 4 – Area Odontoiatrica (208, 209)

L'Area Odontoiatrica comprende l'odontoiatria base (208) e l'area odontoiatrica implantologia e protesi (209). Per includere nel piano sanitario l'area 209, deve essere obbligatoriamente scelta anche l'odontoiatria base (208). Si ricorda che le prestazioni odontoiatriche possono essere usufruite solo in “**forma diretta**” in regime ambulatoriale.

Non sono pertanto rimborsabili prestazioni odontoiatriche fruite in forma indiretta, in corso di ricovero (indipendentemente dalla motivazione del ricovero) e altresì non sono rimborsabili Ticket relativi a prestazioni odontoiatriche.



FASIOPEN.IT

L'elenco delle Strutture Sanitarie Odontoiatriche appartenenti al network riconosciuto da FasiOpen è riportato sul sito www.fasiopen.it. Tutte le procedure amministrative per la gestione della pratica con il Fondo sono gratuite e totalmente a carico della Struttura Sanitaria convenzionata.



Si ricorda che gli accordi di convenzione in “forma diretta” prevedono che il Fondo riconosca alla Struttura Odontoiatrica scelta dall'assistito la quota a carico FasiOpen, sulla base delle tariffe di rimborso previste dal Nomenclatore-Tariffario in vigore. Conseguentemente, l'assistito dovrà saldare alla Struttura Odontoiatrica le sole eccedenze, preventivamente concordate (risultanti dalla differenza tra la tariffa applicata dalla Struttura Odontoiatrica convenzionata, concordata all'atto del convenzionamento e la tariffa di rimborso massima prevista dal FasiOpen, per la/le prestazioni fruite e rientranti nelle Aree del singolo Piano Modulare).

Si precisa, inoltre, che il FasiOpen, per le problematiche squisitamente mediche, si avvale della Società Pro.ge.sa. (Progetti e Gestioni Sanitarie), che con i suoi medici-chirurghi-odontoiatri presta la propria collaborazione al Fondo. La predetta Società è coadiuvata da Consulenti Odontoiatri con comprovata esperienza per tematiche puramente scientifiche.

Procedure Per Accedere Alle Prestazioni Odontoiatriche In Forma Diretta (Presso Strutture Convenzionate)

Premesso quanto sopra, di seguito si riportano le procedure da seguire per accedere alle prestazioni odontoiatriche fornite in forma diretta presso Strutture convenzionate:

- ✓ Gli assistiti che desiderino usufruire degli accordi diretti dovranno comunicare immediatamente e comprovare, all'ufficio preposto dalle Strutture Sanitarie convenzionate, la loro appartenenza al Fondo, mediante comunicazione del numero di iscrizione al FasiOpen e di un documento di riconoscimento (per i minori, di uno degli esercenti la responsabilità genitoriale) ed assumere, o farsi confermare, presso gli uffici medesimi, tutte le informazioni necessarie per utilizzare correttamente la convenzione ad evitare eventuali malintesi;
- ✓ L'odontoiatra prescelto, dopo aver stabilito di concerto con il paziente le cure da eseguire, stilerà il “Piano di Cure” che trasmetterà al FasiOpen, insieme ad eventuale documentazione pre cure obbligatoria (ove prevista), per via telematica;
- ✓ All'atto dell'invio del piano di cure telematico, la Struttura Sanitaria potrebbe ricevere una generica segnalazione sugli eventuali impedimenti al rimborso in “forma diretta”, a seguito di anomalie rilevate sulla posizione anagrafico/contributiva. In questo caso la Struttura riceverà una immediata e sommaria segnalazione di pratica “Non Assistibile” senza che ne siano specificati i motivi. In tal caso, l'assistito potrà contattare la Centrale Informativa al numero dedicato 800 085 502 – Opzione 1 - Tasto 2 Informazioni Amministrative – Contributive, al fine di verificare l'eventuale problematica.

Il Fondo effettuerà, per le prestazioni presenti nel piano di cure telematico e rientranti nelle Aree previste dal Piano Modulare dell'assistito, le previste verifiche di compatibilità con il Nomenclatore-Tariffario in vigore, fornendo alla Struttura Odontoiatrica, **entro 7 giorni** lavorativi dalla sua presentazione:

- ✓ le motivazioni circa le eventuali prestazioni che potrebbero non essere ammesse al rimborso;
- ✓ le indicazioni sul superamento di eventuali limiti temporali/amministrativi all'erogazione di rimborsi per specifiche cure;
- ✓ **la Struttura Sanitaria, ricevuto l'esito favorevole ad eseguire le prestazioni con le modalità previste nella “forma diretta”, comunicherà all'assistito quali prestazioni sono soggette ad obblighi pre e post cure**, la cui documentazione sarà trasmessa direttamente al FasiOpen da parte della Struttura Sanitaria, al termine delle cure stesse (di cui l'assistito è a conoscenza e ne autorizza l'esecuzione);
- ✓ al completamento delle prestazioni previste nel “Piano di Cure” o di parte di esse, **la Struttura Sanitaria provvederà ad emettere i relativi giustificativi di spesa (eventuali fatture di acconto e di saldo, o di saldo parziale), inviandoli telematicamente**, unitamente alla documentazione radiografica (o fotografica) e/o di laboratorio odontotecnico, oltre alla documentazione amministrativa prevista, consegnando all'assistito l'originale dei predetti giustificativi di spesa. L'assistito, quindi, provvederà al pagamento di quanto

risultante come eccedente la tariffa di rimborso FasiOpen e quanto non rientrante nell'area di intervento del Fondo e/o nel proprio Piano Sanitario. **Si precisa che, anche in questo caso, le fatture debbono essere regolarmente assoggettate all'imposta di bollo;**

- ✓ il FasiOpen, al ricevimento telematico dei giustificativi di spesa e di tutta la documentazione sanitaria prevista, avvierà l'esame, con l'ausilio dei consulenti odontoiatri, della documentazione stessa, **disponendo, in nome e per conto dei propri assistiti, il pagamento di quanto dovuto (se dovuto)**, nei limiti delle tariffe massime previste dal Nomenclatore-Tariffario in vigore per la forma diretta. Da parte sua, **l'assistito provvederà al pagamento degli importi** relativi a qualsiasi prestazione nello stesso esposta che all'atto dell'esame della richiesta di rimborso risultasse come non rimborsabile¹;
- ✓ **nel caso in cui le ulteriori verifiche anagrafico/contributive**, eseguite dal Fondo su richiesta del medico Odontoiatra, durante l'esecuzione delle cure, oppure immediatamente prima della messa in liquidazione della richiesta di rimborso, già trasmessa dalla struttura e pervenuta al Fondo, **dovessero evidenziare delle irregolarità, l'assistito dovrà saldare direttamente alla Struttura stessa l'intero ammontare delle prestazioni fruita.**

Avvertenze Amministrative/Sanitarie per la Forma Diretta

Si ricorda che:

- ✓ Gli assistiti che fruiscono di prestazioni sanitarie odontoiatriche in "forma diretta" non devono per nessun motivo inviare alcuna fattura/ricevuta sanitaria al FasiOpen per richiedere rimborsi, in quanto il Fondo salda quanto di propria competenza, in nome e per conto dell'assistito od avente diritto, direttamente alle Strutture Sanitarie, sulla base della documentazione trasmessa telematicamente al FasiOpen dalle Strutture Sanitarie stesse;
- ✓ **È proibito dalle leggi vigenti emettere due fatture/ricevute sanitarie originali** per la stessa prestazione/servizio; per cui, se le Strutture Sanitarie convenzionate in "forma diretta" compissero tale errore, peraltro **penalmente perseguibile**, gli assistiti sono invitati a restituirle immediatamente alla Struttura Sanitaria, richiedendo la relativa rettifica;
- ✓ Il FasiOpen riceverà la documentazione di spesa esclusivamente in modalità telematica, pertanto, la Struttura Sanitaria è obbligata a consegnare la documentazione in originale all'atto del pagamento, utilizzabile anche a fini fiscali. L'assistito dovrà farsi consegnare sempre, la documentazione originale anche nel caso di spese interamente poste a carico del Fondo (senza il pagamento di alcuna quota da parte degli assistiti);
- ✓ Le Strutture Sanitarie convenzionate, per tutte le prestazioni non riconosciute come rimborsabili o non descritte, si sono impegnate a praticare tariffe inferiori al loro tariffario privato;
- ✓ Alcune prestazioni non sono rimborsabili dal Fondo. Al fine di evitare equivoci,

¹ (*) Il rimborso in forma diretta potrebbe non essere riconosciuto alla Struttura interessata nel caso non vengano soddisfatti gli obblighi previsti nel Nomenclatore-Tariffario in vigore, ovvero anche nel caso in cui l'assistito non consegni le radiografie, le foto, ecc. necessarie per il completamento della pratica e/o nel caso in cui, le prestazioni autorizzate non risultassero eseguite e/o risultassero diverse rispetto a quelle effettivamente eseguite.

nei casi dubbi, gli assistiti possono chiamare la Centrale Informativa Sanitaria di FasiOpen, operativa dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 17, per ottenere i necessari chiarimenti;

- ✓ Gli assistiti dovranno sottoscrivere, al termine delle prestazioni fruite, anche per le cure odontoiatriche, l'apposito modulo predisposto da FasiOpen, in possesso delle Strutture Sanitarie **convenzionate (che sarà conservato a cura delle Strutture Sanitarie stesse)**, 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 Odontoiatriche 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-chirurghi-odontoiatri che lo hanno tenuto in cura;
 - ✓ dichiara di aver saldato qualsiasi eccedenza a suo carico, di cui non ha diritto ad ulteriore rimborso da parte del FasiOpen;
 - ✓ si impegna, a norma di quanto previsto dall'art. 13 del Regolamento, a rimborsare al 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, nei limiti di quanto il FasiOpen ha pagato in nome e per conto dell'assistito;
 - ✓ 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 dal D.lgs. 196/2003 sulla privacy e successive modifiche.

GARANZIA 5 – Visite specialistiche (210)

Le visite specialistiche, intese quali Prestazioni Diagnostiche (sono escluse quelle che si sono rese necessarie per la risoluzione dell'evento patologico, ovvero le visite di controllo/successive), sono rimborsabili qualora dalla documentazione risulti inequivocabilmente il titolo accademico di specializzazione del medico che ha effettuato la visita.

Nessun rimborso è previsto per le visite di controllo; per le prestazioni di medicina generale, che comprendono tra l'altro, le visite, le iniezioni, le fleboclisi, le vaccinazioni, ecc. Sono, inoltre, escluse dai rimborsi le visite odontoiatriche, le visite dietologiche, le visite effettuate dallo psicologo e le sedute di psicoterapia, anche se eseguite da un medico-chirurgo specialista in neurologia o psichiatria e quanto indicato tra le “Esclusioni” (del Nomenclatore Base), quanto riportato nel paragrafo “Prestazioni non previste da FasiOpen” e/o a queste riconducibili.

Le visite specialistiche non sono assimilabili all'assistenza medica in corso di ricovero notturno e/o assistenza specialistica oncologica. Le visite specialistiche in corso di ricovero notturno saranno riconosciute esclusivamente se eseguite da professionista con diversa specializzazione rispetto a quella per cui è stato richiesto il ricovero stesso. In tal caso, all'interno della cartella clinica dovrà essere presente il quesito diagnostico della primaria équipe e la relazione/referto della consulenza interpellata. Anche in questo caso, è riconosciuta solo ed esclusivamente la visita specialistica a scopo diagnostico.

Per assistenza specialistica oncologica deve intendersi quella prestata dallo specialista durante le sedute di chemioterapia infusione ambulatoriali, domiciliari, in day hospital, in ricovero notturno, oppure quella prestata dallo specialista oncologo, solo durante il ricovero notturno, senza chemioterapia. Dalla documentazione deve risultare chiaramente il tipo di terapia praticata.

Per assistenza medica in degenza deve intendersi l'assistenza prestata giornalmente dall'équipe medica curante durante i ricoveri senza intervento chirurgico. **È comunque escluso il riconoscimento di tale voce nei casi di ricoveri in day hospital (ricovero medico diurno).**

Si fa presente che per le visite specialistiche dell'intera équipe medica-chirurgica-anestesiologica curante eseguite in regime di ricovero con degenza notturna o diurna (day hospital-day surgery) con o senza intervento chirurgico i compensi sono compresi nelle tariffe esposte per ogni singolo intervento od assistenza medica.

Non sono rimborsabili le consulenze/visite effettuati da soggetti diversi dal laureato in Medicina e Chirurgia regolarmente iscritto presso l'Ordine dei Medici (riportante anche la/le specializzazione/i del professionista).



GARANZIA 6 – Fisiokinesiterapia (211)

Il rimborso delle spese relative alla fisiokinesiterapia è limitato al totale di 80 prestazioni (non sedute) per anno (1° gennaio/31 dicembre) per assistito per patologie neurologiche, neuromotorie ed osteoarticolari indipendentemente dal tipo, dalla tecnica, dalla strumentazione, da qualsiasi distretto anatomico trattato.

Le voci relative alla sezione “Riabilitazione”, per le quali viene esplicitamente riportata la specifica di “a seduta”, non possono essere associate ad altre prestazioni/voci della sezione di Fisiokinesiterapia, poiché già ricomprese nelle voci di Rieducazione.

Per distretto anatomico si intende l'intera colonna vertebrale o gli arti superiori o gli arti inferiori.

I limiti suindicati non sono applicabili in termini quantitativi per le prestazioni di agopuntura, manipolazioni vertebrali, onde d'urto focali che hanno propri limiti annuali, i quali però concorrono alla valorizzazione delle 80 prestazioni annuali massime.

Si ricorda che, le prestazioni fisiokinesiterapiche fruite tramite S.S.N., quindi tramite pagamento del ticket, partecipano comunque alla valorizzazione delle 80 prestazioni annue e dei limiti quantitativi/temporali previsti per le prestazioni stesse. Quindi, anche in questo caso, si rammenta che, pur se le prestazioni vengono fruite tramite pagamento del ticket, deve sempre essere rilevabile la/e tipologia/e di prestazione /i e la relativa quantità.

Il noleggio di apparecchiature che, anch'esso ha propri limiti annuali, non partecipa alla valorizzazione dei limiti massimi annuali.

Le voci/tariffe sono omnicomprendenti dei materiali d'uso e medicinali.

Sono escluse dai rimborsi le terapie con finalità estetiche e/o a queste riconducibili.

Per accedere ai previsti rimborsi è necessario trasmettere, unitamente alle relative fatture, il dettaglio delle terapie eseguite (tipologia, numero di sedute, numero di prestazioni per seduta e frequenza delle stesse) nonché la prescrizione medica con relativa diagnosi certa della patologia (da non confondere con la sintomatologia) che le ha rese necessarie e indispensabili.

Deve, inoltre, risultare chiaramente l'abilitazione professionale in fisiokinesiterapia della persona che ha effettuato e fatturato le prestazioni o, nel caso di terapie praticate presso centri autorizzati ad eseguire prestazioni di carattere riabilitativo (autorizzazioni rilasciate dalle Autorità competenti), la specializzazione del centro medesimo.



Si specifica che, le prestazioni che riportano nella descrizione “manu medica”, saranno riconosciute, solo ed esclusivamente se eseguite da Medico- Chirurgo specializzato, ovvero, non potranno essere riconosciute se eseguite da figura professionale diversa dal Medico – Chirurgo con relativa specializzazione (attinente alla patologia e terapia praticata).

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 shiatzu, laureati in chiropratica, riflessologi, posturologi, naturopati, massaggiatori e capobagnini degli stabilimenti idroterapici/termali etc.

Per le cure domiciliari valgono le stesse regole, le stesse tariffe massime di riferimento e le limitazioni, riportate nel Nomenclatore in vigore all'atto della fatturazione, ovvero, non è riconosciuta alcuna compartecipazione aggiuntiva per eventuali quote addebitate per la fruizione delle stesse presso il domicilio (qualsiasi). Qualora rilevabile dalla documentazione di spesa/sanitaria, tale ulteriore addebito sarà incorporato e risulterà non rimborsabile.

La voce/prestazione "Terapia Occupazionale" è riconosciuta dal Fondo, in caso di assistiti/iscritti affetti da disabilità cognitive, fisiche, psichiche preesistenti mentre, la voce/prestazione "Rieducazione neuromotoria per patologie neurodegenerative acute e croniche" è riconosciuta dal Fondo, nel caso di danno neurologico invalidante e quindi di terapia volta al recupero di capacità funzionali motorie o neuro-motorie recentemente ridotte e/o perdute per malattia o traumi e/o per patologie cronico-degenerative (es. Ictus cerebrale, Morbo di Parkinson, Sclerosi Multipla ecc). Le predette voci si intendono a seduta, indipendentemente dal numero di terapie/prestazioni svolte all'interno della stessa, ovvero, le predette voci/prestazioni non si sommano ad altre voci/terapie/prestazioni della medesima sezione Fisiokinesiterapia. Al fine del riconoscimento del rimborso per "Terapia Occupazionale" dovrà chiaramente risultare l'abilitazione del professionista che ha effettuato le sedute/prestazioni.

Inoltre, fermo restando quanto sopra riportato relativamente ai limiti di riconoscimento annuo, al fine di salvaguardare gli assistiti affetti da gravi quadri sintomatologici, **la limitazione del numero di prestazioni rimborsabili** (ad eccezione della limitazione per l'agopuntura, onde d'urto focali, manipolazioni vertebrali e per il noleggio di apparecchiature, che rimane confermata) **non sarà applicata se le cure sono necessarie e riferite ai quadri sintomatologici/ patologie di seguito descritte.**

A tal fine la documentazione delle spese sostenute, fin dalla prima richiesta dell'anno, dovrà essere accompagnata da una dettagliata certificazione rilasciata dal medico curante, con la evidenziazione di almeno uno dei seguenti quadri sintomatologici/patologie di seguito descritte:

- ✓ paralisi completa, paralisi incompleta, paralisi di singoli nervi, paralisi progressiva del/dei muscoli;
- ✓ spasticità;
- ✓ mielopatie traumatiche (tetra, paraplegia) e non (sclerosi laterale amiotrofica, a placche, etc.);
- ✓ cerebropatie infantili (spastici, etc.);
- ✓ patologie intrinseche neurologiche (Corea di Huntington, Parkinson, etc.);
- ✓ rieducazione degli amputati;
- ✓ patologie intrinseche del muscolo (distrofia muscolare progressiva, etc.).

A tal fine la documentazione delle spese sostenute, fin dalla prima richiesta dell'anno e per ogni richiesta di rimborso per prestazioni fisiokinesiterapiche (indipendentemente dal regime di fruizione delle stesse) dovrà essere accompagnata da una **aggiornata e dettagliata relazione del medico specialista competente per diagnosi, che evidenzia il quadro clinico e l'iter terapeutico, in particolare per quanto riferito al numero e tipo di prestazione fisiokinesiterapiche necessarie al mantenimento/ stabilizzazione del quadro clinico stesso.**

Inoltre, fermo restando quanto su descritto, a seguito di interventi chirurgici (escluso riduzioni incruente) quali:

- ✓ protesi di anca o ginocchio o tibiotarsica od omero;
- ✓ lesioni capsulo legamentose di ginocchio o caviglia o spalla;
- ✓ ernie cervicali o dorsali o lombari o stabilizzazioni vertebrali (spondilolistesi).

su esplicita richiesta dell'assistito (o Struttura Sanitaria in accordo con l'assistito), potranno essere riconosciute come rimborsabili le cure fisiokinesiterapiche (limitatamente a quelle riconducibili in modo inequivocabile all'intervento chirurgico tra quelli subito sopra indicati) fruite e fatturate nel corso dei 90 giorni successivi al giorno dell'intervento chirurgico (giorno effettivo dell'intervento e non giorno di dimissione dal relativo ricovero) indipendentemente dal limite delle 80 prestazioni annue (sempre fatta eccezione per l'agopuntura, manipolazioni vertebrali, onde d'urto focali e noleggio apparecchiatura per i quali rimangono validi i limiti propri delle prestazioni).

Per derogare, temporaneamente, al limite nel predetto periodo ed indipendentemente dal regime di fruizione delle prestazioni, si deve obbligatoriamente allegare la copia della cartella clinica, anche se precedentemente inviata con altra richiesta di rimborso, supportata dalla lettera di dimissioni ospedaliera e la relazione aggiornata del medico chirurgo che ha effettuato l'intervento che confermi l'effettivo numero e tipo di terapie fisiokinesiterapiche necessarie alla risoluzione dell'evento.

L'eventuale deroga temporanea ai limiti delle 80 prestazioni annue, può essere concessa dal Fondo a suo insindacabile giudizio, una sola volta per patologia/intervento/evento traumatico.

Il FasiOpen, sia prima che dopo l'erogazione del rimborso per prestazioni, si riserva la facoltà di richiedere copia del diario fisiokinesiterapico giornaliero controfirmato dall'assistito nel caso di fruizione delle prestazioni in regime ambulatoriale e domiciliare (si precisa che, in caso di ricovero, il diario giornaliero fisiokinesiterapico è parte integrante della cartella clinica) e/o si riserva di eseguire controlli amministrativo-sanitari e/o verifiche del titolo accademico/specializzazione del professionista che ha eseguito le prestazioni, anche mediante consultazione degli elenchi registrati presso gli Ordini e/o Albi Professionali.



GARANZIA 7 – Ticket (212)

Il ticket deve sempre riportare il dettaglio delle prestazioni eseguite, ed è rimborsabile, sempre nei limiti massimi delle singole tariffe e della spesa sostenuta, **solamente se riferito alle prestazioni specialistiche espressamente ricomprese nel Nomenclatore Base e quindi nel proprio Piano Sanitario**. Le prestazioni fruite tramite pagamento del solo ticket, sono soggette alle stesse limitazioni quantitative e/o temporali previste nell'ambito di ciascuna prestazione. Si ricorda che non sono rimborsabili Ticket relativi a prestazioni odontoiatriche e/o check-up e/o quanto previsto tra le “Esclusioni” (del Nomenclatore Base), nel paragrafo “Prestazioni non previste da FasiOpen” e/o a queste riconducibili.

GARANZIA 8 – Cure Termali (213)

Il rimborso per le cure termali viene riconosciuto solo se le stesse sono state effettuate presso stabilimenti all'uopo attrezzati ed autorizzati, siti in località termali. Nel caso di contemporanea effettuazione di cure con fanghi o balneoterapia e cure idropiniche od inalatorie è prevista l'applicazione della sola tariffa più elevata (ovvero le tariffe non si sommano).

Le **cure con fanghi e la balneoterapia** sono ammesse al rimborso previsto **per un massimo di 12 giorni l'anno (01 gennaio – 31 dicembre)**. Le **cure idropiniche ed inalatorie** sono ammesse al rimborso previsto per un **massimo di 10 giorni l'anno (01 gennaio – 31 dicembre) e per non più di 3 anni**.

Per usufruire del rimborso per cure termali è necessario inviare apposita prescrizione medica, attestante la necessità della cura stessa, con l'indicazione della patologia in atto nonché la documentazione di spesa per l'ingresso agli stabilimenti termali.

Si precisa che le tariffe esposte sono comprensive delle competenze delle figure che intervengono e/o di tutte le apparecchiature/strumentazioni.

Dai rimborsi sono tassativamente escluse le spese di soggiorno e/o a queste riconducibili e/o accessorie.

Materiali e Medicinali in corso di Ricovero

Non sono previsti rimborsi per:

- ✓ spese per magazzino dei medicinali;
- ✓ diritti di segreteria;
- ✓ diritti amministrativi;
- ✓ rilascio copia cartella clinica;
- ✓ rilascio copie radiografiche;
- ✓ VHS, CD, DVD;
- ✓ quant'altro esposto nelle “esclusioni”.

Sono rimborsabili, nella misura massima esposta, esclusivamente i medicinali utilizzati durante il ricovero (notturno o diurno) e regolarmente esposti nella fattura rilasciata

dalla struttura sanitaria, compreso il sangue e i suoi derivati (voce dedicate) che devono essere addebitati seguendo le normative vigenti sulla materia specifica.

Sono rimborsabili, nella misura prevista dai singoli Piani Sanitari, tutti i materiali sanitari utilizzati durante il ricovero (notturno o diurno) in Struttura Sanitaria e regolarmente esposti in fattura.

Per gli interventi e/o procedure eseguite in regime ambulatoriale (sala ambulatoriale) materiali, medicinali e strumentazioni sono compresi nelle tariffe delle sale stesse.

Si precisa che, nel caso di “pacchetti” fruiti in forma diretta, quanto accettato dalla Struttura Sanitaria nell’atto di convenzione sottoscritto, rappresenta il massimo fatturabile previsto per quella determinata procedura/intervento chirurgico (comprensivo di materiali, medicinali e delle protesi ove previste).

Qualsiasi tipologia di Presidi e/o Protesi non può essere assimilata al codice dei materiali.

Per quanto riguarda i materiali ed i medicinali utilizzati nel corso degli interventi chirurgici di natura odontoiatrica, i costi sono inclusi nelle tariffe massime di rimborso delle prestazioni stesse e non sono liquidabili pur se esposti in fattura indipendentemente se riconducibili alla sala operatoria e/o alla eventuale degenza.

Il FasiOpen si riserva la facoltà di richiedere il dettaglio dei materiali e/o medicinali per il quale si è presentata la richiesta di rimborso.



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/Aree 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 (ove prevista);
- ✓ 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 frigidity 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** (se non esplicitamente prevista);

Piano Sanitario "Mosaic"

Prestazioni non previste

- ✓ gli infortuni derivanti dalla **pratica degli sport** aerei in genere o di qualsiasi **sport esercitato 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 e/o se non esplicitamente prevista all'interno delle singole aree del Piano Mosaic e comunque nei limiti da questo previsti);
- ✓ 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 cruento 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 Viale Pasteur 6 – 00144 Roma
Sede Operativa Viale Europa 175 – 00144 Roma
fasiopen.it