

FasiOpen

Fondo Aperto di Assistenza Sanitaria Integrativa

Piano Sanitario **ORANGE**

Guida per gli assistiti

V1.26



Indice

Guida per gli assistiti	3
--------------------------------------	----------

Prestazioni eseguite in “FORMA INDIRETTA”	5
--	----------

Come richiedere il Rimborso	5
Termini di presentazione	5
Spese imputabili a responsabilità di terzi	6
Cartelle cliniche e certificazioni mediche	6
Prestazioni/cure fruite in Paesi Esteri	6
Odontoiatria	6
Accertamenti Diagnostici	7
Assistenza Infermieristica	7
Ticket	7
Pacchetti Chirurgici	8
Prevenzione	8
Indennità per Ricovero	8
Trasporto in Autoambulanza	9
Prestazioni non rimborsabili	9
Fotocopie delle fatture/ricevute	9
Centrale Informativa	9
Home Page Personale – Area Riservata	10

Prestazioni eseguite in “FORMA DIRETTA”	11
--	-----------

Validità delle Autorizzazioni al Rimborso in “Forma Diretta” per i Ricoveri	11
Utilizzo delle Strutture Sanitarie convenzionate	12
Come usufruire del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale	13
Imposta di Bollo su Ricevute Mediche	14

Piano Sanitario “Orange” Dettaglio garanzie incluse

GARANZIA 1 – Ricoveri in Istituto di Cura a seguito di malattia e infortunio per grande intervento chirurgico	15
GARANZIA 2 – Accertamenti Diagnostici e Visite Specialistiche Pre Ricovero per grandi interventi chirurgici	22
GARANZIA 3 – Accertamenti Diagnostici, Visite Specialistiche e Terapie Post Ricovero per grandi interventi chirurgici	24
GARANZIA 4 – Diagnostica Ecografica	26
GARANZIA 5 – Diagnostica e Terapie di alta specializzazione	28
GARANZIA 6 – Visite specialistiche ambulatoriali	31
GARANZIA 7 – Ticket per prestazioni sanitarie fruite presso Strutture Sanitarie pubbliche o private accreditate	32
GARANZIA 8 – Pacchetto maternità	33
Sub-Garanzia 8.1 – Pacchetto Maternità ACCERTAMENTI	33
Sub-Garanzia 8.2 – Pacchetto Maternità RICOVERO PER PARTO	35
GARANZIA 9 – Pacchetti Prevenzione	36
GARANZIA 10 – Odontoiatria	39
GARANZIA 11 – Indennità/Diaria sostitutiva per i ricoveri conseguenti a grandi interventi chirurgici con degenza notturna	45
GARANZIA 12 – Protezione neonati	46
GARANZIA 13 – Trasporto in Autoambulanza	48
GARANZIA 14 – Lenti	49
GARANZIA 15 – FISIOKINESITERAPIA a seguito di infortunio	50

Guida per gli assistiti

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

Un network di
convenzioni
per la tua
assistenza

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

Invitiamo gli assistiti a leggere con attenzione le informazioni riportate anche nel Nomenclatore Base.

Fermo restando il diritto del cittadino sulla “libera scelta” della Struttura Sanitaria e/o del professionista laureato in Medicina e Chirurgia e/o in Odontoiatria e Protesi Dentaria (regolarmente abilitati e riconosciuti dalle Autorità competenti) si ricorda che il FasiOpen si avvale di una fitta rete di convenzioni dirette con Case di Cura, Studi Odontoiatrici,

Strutture Ospedaliere/Universitarie, Poliambulatori Diagnostici, Centri di Fisioterapia, Day Hospital e Day Surgery.

NETWORK DI CONVENZIONI in “Forma Diretta”

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” 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.

L'assistenza sanitaria FasiOpen

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 suddiviso in Garanzie che, a loro volta, contemplano le prestazioni effettivamente rimborsate entro i limiti economici da queste regolamentate.

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).

La singola Garanzia elenca le prestazioni, le modalità e l'entità di compartecipazione alla spesa da parte del Fondo, nonché le procedure da seguire per poterne richiedere il rimborso. Vengono quindi fornite ulteriori informazioni utili al corretto svolgimento delle procedure e un glossario della terminologia utilizzata consultabile a pag. 162 del Nomenclatore Base.



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

Prestazioni eseguite in “FORMA INDIRECTA”

Come richiedere il Rimborso

L'invio della documentazione delle richieste di rimborso, sia per gli assistiti che per le Strutture Sanitarie, avviene tramite la procedura online che offre la possibilità di trasmettere digitalmente la documentazione sanitaria e di spesa utilizzando le credenziali di accesso alla propria Area Riservata. La trasmissione digitale di tutta la documentazione consente agli iscritti e alle Strutture Sanitarie la riduzione dei tempi di liquidazione da parte del FasiOpen e l'accesso costante alla consultazione di tutta la documentazione di spesa (nelle rispettive sezioni e limitatamente a quanto concesso dalla normativa sulla privacy). Per coloro che non hanno accesso ai canali digitali, il FasiOpen continua, in via residuale, ad accettare le richieste di rimborso di prestazioni ricevute tramite raccomandata, alla Sede Operativa di FasiOpen, Viale Europa 175 – 00144 Roma.

La richiesta di rimborso in forma indiretta dovrà contenere il modulo “Richiesta di Rimborso Spese Sanitarie” oppure, in caso di prestazioni odontoiatriche, il modulo “Richiesta Prestazioni Odontoiatriche/Modello Unificato”, la documentazione di spesa (in copia nel caso di invio cartaceo), la documentazione sanitaria prevista per le prestazioni.

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).

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

Termini di presentazione

La richiesta di Rimborso dovrà essere compilata in ogni sua parte e trasmessa a FasiOpen online accedendo alla propria Area Riservata – 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, 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, è subordinata all'invio da parte dell'assistito di due del modulo scaricabile all'interno dell'area riservata denominato "Dichiarazione Responsabilità Terzi".

Cartelle cliniche e certificazioni mediche

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.

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

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

Prestazioni/cure fruite in Paesi Esteri

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

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

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

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

Odontoiatria

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

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

Ulteriori indicazioni saranno riportate nella Garanzia dedicata.

Si rinvia a pag.18 del Nomenclatore Base per ulteriori specifiche e alla Garanzia 10 della presente Guida.

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) certa o presunta che ha reso indispensabile gli accertamenti stessi (con ulteriore specifica di accertamento pre intervento e/o post intervento ove previsto).**

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

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

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).

Si rinvia a pag.13 del Nomenclatore Base per ulteriori specifiche e alle diverse Garanzie della presente Guida.

Assistenza Infermieristica

Il FasiOpen riconosce il rimborso dell'Assistenza Infermieristica in corso di ricovero notturno, qualora questa risulti esplicitamente prevista dal proprio Piano Sanitario.

Si rinvia a pag.18 del Nomenclatore Base per ulteriori specifiche e alla Garanzia 1.

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).

Si rinvia a pag. 20 del Nomenclatore Base per ulteriori specifiche e alla Garanzia 7 della presente Guida.

Pacchetti Chirurgici

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

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

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

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

Qualora l'intervento/procedura, venga invece effettuato nel corso di un ricovero per altro intervento chirurgico (per il quale non è presente la modalità a pacchetto), sarà disponibile all'interno del Nomenclatore, un'ulteriore voce di "intervento concomitante" che prevede un diverso importo (imputabile, dunque, qualora l'intervento non sia la fase principale dell'atto chirurgico).

Si rinvia a pag. 21 del Nomenclatore Base per ulteriori specifiche e alla Garanzia 1 della presente Guida.

Prevenzione

Per i Piani Sanitari che li prevedono, il Fondo offre dei Pacchetti Prevenzione.

L'iscritto/Assistito può liberamente scegliere 1 Pacchetto di Prevenzione l'anno, (se rientranti nel proprio Piano Sanitario), tenendo presente che, è rimborsabile 1 pacchetto di prevenzione l'anno con la particolarità che, il medesimo pacchetto non è rimborsabile prima di 2 anni, ad eccezione dei "Pacchetti Prevenzione Oncologici Uomo/Donna" che è invece ripetibile 1 volta l'anno fino all'età di 65 anni compiuti oltre i quali rientrerà nella cadenza ordinaria di 2 anni.

Si rinvia a pag. 23 e pag. 158 del Nomenclatore Base e alla Garanzia 9 della presente Guida.

Indennità per Ricovero

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

- ✓ Indennità per Ricovero Parto, sub garanzia 8.2
- ✓ Indennità Sostitutiva per ricovero notturno conseguente ad Interventi (dettagliati nella Garanzia 1), garanzia 11

Si sottolinea che, tale rimborso, viene riconosciuto unicamente quando, il ricovero è stato eseguito con il S.S.N e non è richiesto e/o non è stato richiesto a FasiOpen, alcun rimborso in riferimento al ricovero notturno e/o a prestazioni riconducibili al ricovero per intervento chirurgico (diagnostica, visite specialistiche, terapie, accertamenti pre e post-intervento, trasporto in autoambulanza ecc.). Non è previsto il riconoscimento delle suddette voci di indennità, nel caso di ricovero chirurgico non rientrante tra gli interventi specificati nella Garanzia 1.

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

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

Trasporto in Autoambulanza

Il FasiOpen riconosce una compartecipazione alla spesa per il "Trasporto in Autoambulanza", limitatamente alla forma indiretta ed esclusivamente al territorio nazionale. Si rinvia a pag.23 del Nomenclatore Base e alla Garanzia 13 della presente Guida.

Prestazioni non rimborsabili

Vi invitiamo a non trasmettere giustificativi di spese relative a prestazioni non previste da FasiOpen, come riportato nell'elenco esemplificativo delle "prestazioni non coperte da FasiOpen".

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). Si rinvia a pag.25 del Nomenclatore Base per ulteriori specifiche.

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 fruiti 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 – Area Riservata

Dal sito www.fasiopen.it, inserendo il codice personale e la password individuale, è possibile accedere a una Area Riservata 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 e modificare la propria situazione anagrafica;
- ✓ stampare la modulistica necessaria (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 predisporre le richieste di rimborso 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.

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.

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



IMPORTANTE

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

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

Se, per motivi esclusivamente medici, si rendesse necessario prolungare la permanenza nella Struttura Sanitaria convenzionata in “Forma Diretta”, la Struttura dovrà richiedere, tramite procedure note alla Struttura stessa, una **Estensione** dell'autorizzazione al ricovero, motivandola con una **certificazione** rilasciata dal medico curante.

Tale richiesta sarà sottoposta all'esame dei medici consulenti del Fondo per una verifica di merito: nel caso in cui FasiOpen non accolga la richiesta di **Estensione** del periodo di Ricovero, le spese sanitarie relative al periodo "aggiuntivo" saranno a completo carico dell'assistito.

Utilizzo delle Strutture Sanitarie convenzionate

L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile attraverso il sito www.fasiopen.it, accedendo alla sezione dedicata "network sanitario".

Per usufruire degli accordi diretti gli assistiti devono comunicare:

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

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".

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

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

Gli assistiti, pertanto, devono sempre **farsi rilasciare dalle Strutture Sanitarie l'originale delle fatture/ricevute** sanitarie riferite alle spese che salderà il Fondo e di quelle pagate in proprio, utili per gli usi consentiti dalle normative fiscali vigenti.

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

- ✓ conferma, con la sottoscrizione, di aver fruito delle prestazioni indicate nella richiesta, sia in termini di tipologia sia in termini di quantità (non essendo ammessa al rimborso una richiesta anticipata per prestazioni ancora da fruire);
- ✓ autorizza le Strutture Sanitarie a recuperare le somme dalle stesse anticipate in suo favore, se dovute perché riconosciute come rimborsabili da parte del FasiOpen. In caso contrario si impegna a saldarle in proprio;
- ✓ scioglie dal segreto professionale (nei confronti di FasiOpen e suoi collaboratori) i medici che lo hanno tenuto in cura;
- ✓ dichiara di aver saldato qualsiasi eccedenza a suo carico di cui, sulla base del Piano Sanitario prescelto, non ha diritto ad ulteriore Rimborso da parte di FasiOpen;
- ✓ si impegna, a norma di quanto previsto dall'articolo 13 del Regolamento, a rimborsare a FasiOpen, fino alla concorrenza di quanto pagato dal Fondo in suo nome, eventuali somme ricevute da terzi a titolo di risarcimento qualora la spesa si riferisca ad eventi dipendenti da responsabilità di terzi;

- ✓ si impegna a saldare gli importi che, al momento dell'esame della richiesta di rimborso, il FasiOpen rilevi come non rimborsabili e/o come non rientranti nelle/a Garanzie/a del proprio Piano Sanitario e/o eccedente i limiti;
- ✓ si impegna inderogabilmente a saldare tutte le prestazioni che, successivamente all'erogazione, indipendentemente se riferibili a prestazioni ambulatoriali e/o ricovero di qualsiasi natura (diurno ove previsto o notturno), non risultassero liquidabili dal Fondo per la perdita del diritto all'assistenza da parte del FasiOpen;
- ✓ autorizza la Struttura Sanitaria ad inoltrare al FasiOpen, Poste Welfare e Servizi S.r.l. e Pro.ge.sa S.r.l. copia della documentazione di spesa e quanto necessario per ottenere i rimborsi da parte del FasiOpen;
- ✓ concede il "consenso" al trattamento dei dati personali, comuni e sensibili, così come previsto dalla legge 196/03 sulla Privacy e successive integrazioni e/o modifiche.

Come usufruire del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale

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

La legge è valida per qualsiasi tipologia di prestazione sanitaria, sia ambulatoriale sia in forma di ricovero. Per esempio: in Italia quasi tutti i Laboratori di Analisi, i Gabinetti Radiologici, i Centri di Fisiokinesiterapia, i Centri di Medicina Nucleare (Scintigrafia) sono accreditati (convenzionati) con il S.S.N./S.S.R. È dunque possibile accedere con la prescrizione del proprio medico generico di base e chiedere, per tutte le prestazioni riconosciute, di usufruire del Sistema Sanitario Regionale oppure, **per le prestazioni non riconosciute**, richiedere l'applicazione degli accordi tariffari concordati o ancora delle tariffe private della Struttura Sanitaria, se in quel momento più convenienti.



IMPORTANTE Massimali di rimborso

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

Il diritto alla "libera scelta" attraverso la ricetta/richiesta del proprio medico generico di base può essere esercitato anche presso le Case di Cura private accreditate (convenzionate) con il S.S.N./S.S.R., senza alcun bisogno dell'autorizzazione della AUSL. 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 di quanto previsto dalla Garanzia 7 – Ticket per prestazioni sanitarie fruite presso Strutture Sanitarie pubbliche o private accreditate.

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

Imposta di Bollo su Ricevute Mediche

Premesso che:

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

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

Ai fini dell'accettazione della documentazione per il rimborso da parte di FasiOpen l'assistito deve presentare, tramite la propria Area Riservata, allo stesso FasiOpen, fatture regolarmente assoggettate a imposta di bollo, ove essa sia necessaria.

L'imposta di bollo non è rimborsata da FasiOpen.



Piano Sanitario “Orange”

Dettaglio garanzie incluse

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

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

Per ottenere il Rimborso in “forma indiretta” è indispensabile inviare a FasiOpen la documentazione di spesa (procedura online) che attesti inequivocabilmente l’avvenuto pagamento delle prestazioni mediche fruite. È necessario allegare copia completa e leggibile della cartella clinica relativa all’oggetto del rimborso. Diversamente, nella “forma diretta”, sarà a cura della Struttura trasmettere al Fondo la documentazione necessaria al rimborso¹.

Sono esclusi i Rimborsi previsti dalla Garanzia 8 – Maternità, i Rimborsi per prestazioni/interventi/cure a scopo preventivo e quanto non rientrante nell’elenco dei grandi interventi chirurgici sotto riportati.

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO	€ 100.000
MASSIMO RIMBORSO PER EVENTO	€ 90.000
QUOTA RIMBORSO (comprensiva di tutte le competenze compreso la equipe medica)	100%
MINIMO NON INDENNIZZABILE	Nessuno
Dettaglio	Sottomassimali di rimborso previsti
RETTA DI DEGENZA	Fino a €300 a notte in “forma indiretta”
RETTA DI ACCOMPAGNAMENTO	Fino a €50 al giorno – max 30 giorni per ricovero in “forma indiretta”
ASSISTENZA INFERMIERISTICA	Fino a €60 al giorno – max 30 giorni per ricovero in “forma diretta” o “indiretta”

¹ Per informazioni più dettagliate in merito ai Rimborsi previsti in “forma diretta” si invitano gli assistiti a prendere attenta visione di quanto riportato al Capitolo “Prestazioni eseguite in forma diretta” e al Capitolo “Utilizzo delle Strutture Sanitarie convenzionate”.

SALA OPERATORIA	Rimborsabile nei limiti del massimale
MEDICINALI, MATERIALI E PROTESI	
VISITE SPECIALISTICHE INTRARICOVERO	
DIAGNOSTICA INTRARICOVERO	

Elenco grandi interventi chirurgici

Interventi riconosciuti unicamente per patologie oncologiche maligne

56101 - 222 Linfadenectomia ascellare (come unico intervento)
43042 - 224 Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate
43034 - 225 Mastectomia semplice totale con eventuali linfadenectomie
43109 - 226 Mastectomia sottocutanea (trattamento completo)
41053 - 229 Quadrantectomia con ricerca ed asportazione del linfonodo sentinella e linfadenectomie associate, qualsiasi tecnica (compresa prestazione del medico nucleare/radiologo)
59065 - 230 Quadrantectomia con ricerca ed asportazione del linfonodo sentinella, qualsiasi tecnica (compresa prestazione del medico nucleare/radiologo), senza altre linfadenectomie associate
43026 - 231 Quadrantectomia, compresa tecnica "NIPPLE-SPARING", senza linfadenectomie associate
56119 - 232 Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare
56127 - 233 Ricostruzione mammaria post mastectomia semplice totale con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare
56135 - 234 Ricostruzione mammaria post mastectomia sottocutanea o quadrantectomia con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare
56143 - 235 Rimozione ed eventuale sostituzione di protesi mammaria impiantata in precedente intervento chirurgico di mastectomia o quadrantectomia (come unico intervento)
59073 - 236 Tumorectomia con resezione del linfonodo sentinella (compresa prestazione del medico nucleare/radiologo)
59081 - 237 Tumorectomia con resezione del linfonodo sentinella e linfadenectomie associate (compresa prestazione del medico nucleare/radiologo)
56226 - 271 Tumori di qualsiasi natura, exeresi o escissione in blocco
40923 - 360 Linfadenectomia latero cervicale monolaterale (come unico intervento)
41038 - 361 Linfadenectomia latero cervicale bilaterale (come unico intervento)
40931 - 362 Linfadenectomia sopraclaveare (come unico intervento)
40949 - 361 Paratiroidi - trattamento completo, intervento sulle
43000 - 365 Paratiroidi, reinterventi
43463 - 367 Tiroide, lobectomie
40956 - 368 Tiroidectomia subtotale
56234 - 369 Tiroidectomia totale, o totalizzazione di tiroidectomia, qualsiasi via di accesso, senza svuotamento laterocervicale
43497 - 371 Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale
40980 - 372 Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale
40899 - 377 Tumore maligno del collo, asportazione di (escluso i casi descritti)
41210 - 380 Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia
41202 - 382 Esofago cervicale, resezione dell', con esofagostomia
41186 - 383 Esofago, resezione parziale dell', con esofagostomia
41509 - 384 Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia
41269 - 390 Protesi endo - esofagee, collocazione di
56259 - 400 Gastrectomia parziale o subtotale (compresa eventuale linfadenectomia)
41491 - 401 Gastrectomia totale con linfadenectomia anche estesa
47414 - 402 Gastrectomia totale con linfadenectomia estesa con splenopancreasectomia sinistra associata
43703 - 406 Resezione gastro duodenale
41988 - 412 Amputazione addomino-perineale sec. Miles, trattamento completo
44024 - 419 Bypass gastro intestinali o intestinali per patologie maligne
41632 - 422 Colectomia segmentaria (compresa eventuale stomia)
41640 - 423 Colectomia segmentaria con linfadenectomia ed eventuale colostomia
41657 - 424 Colectomia totale (compresa eventuale stomia)
41665 - 425 Colectomia totale con linfadenectomia (compresa eventuale stomia)
41731 - 436 Emicolectomia destra con linfadenectomie
41749 - 437 Emicolectomia sinistra con linfadenectomie ed eventuale colostomia (Hartmann ed altre)
59181 - 457 Posizionamento protesi del colon
59198 - 458 Posizionamento protesi del retto
44743 - 459 Procto-colectomia totale con pouch ileale
59214 - 466 Resezione del sigma-retto per patologia maligna con eventuali linfadenectomie associate
59222 - 467 Resezione retto-colica anteriore (anche ultra bassa) compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia
59230 - 468 Retto, amputazione del, per neoplasia dell'ano, compresa eventuale linfadenectomia inguinale bilaterale
56309 - 470 Tumore maligno del retto, per via trans-ale o con microchirurgia endoscopica trans-ale (TEM), asportazione di
42143 - 488 Linfadenectomia inguinale o crurale monolaterale (come unico intervento)
42184 - 489 Linfadenectomia inguinale o crurale bilaterale (come unico intervento)

56317 – 490 Linfadenectomia laparotomica (come unico intervento)
44974 – 499 Laparotomia esplorativa quale intervento principale per neoplasie non resecabili o per stadiazione linfadenopatie
42523 – 511 Tumore o fibrosi retroperitoneale (compresi ureterolisi e viscerolisi estesa), intervento chirurgico per (trattamento completo)
42705 – 522 Colectostomia per neoplasie non resecabili
42747 – 530 Incannulazione dell'arteria epatica per perfusione antiblastica
57473 – 532 Papilla di Vater, ampullectomia per cancro con reimpianto del dotto di Wirsung e coledoco
42630 – 535 Resezioni epatiche maggiori
45203 – 536 Resezioni epatiche minori
59257 – 538 Termoablazione con radiofrequenza di tumori epatici primitivi, qualsiasi via di accesso
45708 – 540 Vie biliari, interventi palliativi
45740 – 545 Cefalo duodeno pancreasectomia compresa eventuale linfadenectomia
45757 – 551 Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per
45765 – 552 Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia
42861 – 553 Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)
42929 – 557 Splenectomia
57549 – 575 Exenteratio orbitae
57565 – 585 Ghiandola sottomascellare, asportazione per neoplasie maligne, compresa eventuale linfadenectomia
46854 – 591 Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale
46797 – 592 Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni senza svuotamento della loggia sottomascellare
40691 – 597 Mandibola, resezione parziale per neoplasia della, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale monolaterale
56390 – 598 Mandibola, resezione parziale per neoplasia della, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale bilaterale
40667 – 599 Mascellare superiore per neoplasie, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale monolaterale, resezione del
56408 – 600 Mascellare superiore per neoplasie, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale bilaterale, resezione del
40709 – 601 Massiccio facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario
46888 – 602 Neoformazioni endosse di grandi dimensioni, exeresi di
40600 – 604 Neoplasie maligne del labbro/guancia con svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di
46904 – 605 Neoplasie maligne del labbro/guancia senza svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di
40741 – 614 Parotidectomia totale o sub-totale
46714 – 682 Malformazione dell'areola e del capezzolo, intervento per o ricostruzione del capezzolo dopo chirurgia oncologica
47696 – 692 Ricostruzione mammaria post mastectomia semplice totale con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare
46730 – 693 Ricostruzione mammaria post mastectomia sottocutanea o quadrantectomia con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare
56465 – 695 Rimozione ed eventuale sostituzione di protesi mammaria impiantata in precedente intervento chirurgico di mastectomia o quadrantectomia (come unico intervento)
48678 – 714 Bilobectomia, intervento di (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
43224 – 740 Linfadenectomia mediastinica (come unico intervento)
48942 – 746 Neoplasie maligne coste e/o sterno (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
59314 – 747 Neoplasie maligne del diaframma (come fase di intervento principale)
48959 – 748 Neoplasie maligne della trachea (compresa plastica ed eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
43216 – 749 Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
43174 – 750 Pleurectomie (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
43331 – 751 Pleuropneumectomia (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
43315 – 753 Pneumectomia, intervento di (compresa linfadenectomia e/o biopsia)
57657 – 754 Pneumectomia con resezione di trachea e anastomosi tracheo-bronchiale
43364 – 758 Resezione bronchiale con reimpianto
43307 – 760 Resezione segmentaria o lobectomia (comprese eventuali linfadenectomie)
48975 – 761 Resezioni polmonari segmentarie atipiche singole o multiple (comprese eventuali linfadenectomie)
48983 – 762 Resezioni segmentarie tipiche (comprese eventuali linfadenectomie)
43455 – 766 Timectomia
50815 – 879 Eviscerazione pelvica
50807 – 885 Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con linfadenectomia pelvica e/o lomboaortica, compresa plastica vaginale anteriore e/o posteriore
50708 – 886 Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale senza linfadenectomia, compresa plastica vaginale anteriore e/o posteriore
50724 – 887 Isterectomia totale semplice con o senza annessiectomia mono/bilaterale per via laparotomica o per via vaginale, compresa plastica vaginale anteriore e/o posteriore
50690 – 927 Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per
52654 – 928 Tumori maligni vaginali senza linfadenectomia, intervento radicale per
50856 – 930 Vulvectomia parziale
52720 – 931 Vulvectomia parziale con linfadenectomia bilaterale diagnostica dei linfonodi inguinali superficiali, intervento di
50872 – 932 Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di
52738 – 933 Vulvectomia semplice (locale o cutanea), intervento di
50864 – 934 Vulvectomia totale
52746 – 951 Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali
44354 – 971 Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari
44362 – 972 Laminectomia per tumori intramidollari
44115 – 976 Neoplasie endocraniche, asportazione di
44370 – 977 Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo
44123 – 1016 Tumore orbitale, asportazione per via endocranica
45146 – 1017 Tumori dei nervi periferici, asportazione di (escluse lesioni nervose traumatiche e non della mano e del piede)

44214 – 1018 Tumori della base cranica, intervento per via transorale
44222 – 1019 Tumori orbitari, intervento per
52027 – 1022 Cisti profonde o neoplasie contorno orbita, asportazione di
52035 – 1024 Exenteratio orbitae
48231 – 1263 Emipelvectomia
54692 – 1264 Emipelvectomie "interne" con salvataggio dell'arto
54858 – 1298 Resezione del sacro (come unico intervento)
54940 – 1316 Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi più cemento
48066 – 1321 Tumori ossei e forme pseudo tumorali, grandi segmenti o articolazioni, asportazione di
54973 – 1322 Tumori ossei e forme pseudo tumorali, medi segmenti o articolazioni, asportazione di
54981 – 1323 Tumori ossei e forme pseudo tumorali, piccoli segmenti o articolazioni, asportazione di
47852 – 1324 Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di
55277 – 1355 Laparotomia esplorativa, con intervento demolitore
55343 – 1380 Neoplasie del condotto, exeresi
53306 – 1396 Tumori dell'orecchio medio, asportazione di
53678 – 1434 Tumori maligni del naso o dei seni, asportazione di
59657 – 1442 Faringectomia parziale
55483 – 1445 Neoplasie parafaringee
53876 – 1448 Tumore maligno faringotonsillare, asportazione di
54106 – 1457 Cordectomia
55491 – 1458 Cordectomia con il laser
59665 – 1462 Epiglottidectomia
55509 – 1464 Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale
55525 – 1465 Laringectomia totale senza svuotamento laterocervicale
54122 – 1466 Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale monolaterale
55517 – 1467 Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale bilaterale
54130 – 1469 Laringofaringectomia totale
80820 – 1480 Arteriografia aorta addominale più embolizzazione semplice di tumori
80887 – 1499 Embolizzazione malformazioni e/o aneurismi e/o fistole vascolari cerebrali o tumori endocranici
58117 – 1511 Termoablazione o Crioblazione di neoplasie primitive o metastasi
49304 – 1550 Neoplasia vescicale, resezione endoscopica di
49296 – 1553 Prostata, resezione endoscopica o vaporizzazione della (qualsiasi tecnica ed attrezzatura, esclusi i casi descritti)
55723 – 1568 Eminefrectomia
49379 – 1570 Nefrectomia allargata per tumore con eventuale trattamento di trombo cavale (compresa surrenectomia)
55764 – 1571 Nefrectomia polare
49361 – 1572 Nefrectomia semplice
55772 – 1578 Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di
49411 – 1579 Nefroureterectomia radicale (compresa eventuale surrenectomia)
49452 – 1584 Surrenectomia (trattamento completo)
55822 – 1607 Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia
49692 – 1608 Cistectomia parziale semplice
49718 – 1609 Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
55848 – 1610 Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con neovesica rettale compresa
55830 – 1611 Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia
56804 – 1630 Linfadenectomia laparotomica (come unico intervento)
49924 – 1631 1659 Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomie, compresa eventuale legatura dei deferenti (qualsiasi accesso e tecnica)
50245 – Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia
50328 – 1669 Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale o retroperitoneale monolaterale
58182 – 1670 Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale o retroperitoneale bilaterale
50302 – 1671 Orchiectomia sottocapsulare bilaterale
50237 – 1676 Pene, amputazione totale con linfadenectomia
56010 – 1677 Pene, amputazione totale del

Altri grandi interventi chirurgici per altre patologie

43802 – 177 Bypass aorto coronarici multipli (C.E.C.)
43786 – 178 Bypass aorto coronarico singolo (C.E.C.)
43836 – 179 Cardiocirurgia a cuore aperto, in età adulta o neonatale, compresi aneurismi o sostituzioni valvolari multiple o sostituzione aortica o plastica dell'aorta (C.E.C.), salvo gli interventi descritti
43851 – 182 Commisurotomia per stenosi mitralica
43729 – 186 Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per
40147 – 187 Fistole arterovenose del polmone, interventi per
40154 – 188 Massaggio cardiaco interno
43760 – 189 Pericardiectomia parziale
43778 – 190 Pericardiectomia totale
40162 – 192 Reintervento con ripristino di C.E.C.
43737 – 193 Sezione o legatura del dotto arterioso di Botallo

59860 – 194 Sostituzione valvolare in chirurgia mini invasiva (heart port)
43810 – 195 Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)
40170 – 196 Sostituzioni valvolari con bypass aorto coronarici (C.E.C.)
43968 – 197 Trapianto cardiaco (omnicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici di espianto ed impianto)
43844 – 198 Valvuloplastica cardiocirurgica
59130 – 370 Tiroidectomia totale per gozzo mediastinico, intervento per
41137 – 378 Diverticoli dell'esofago cervicale (compresa miotomia), intervento per
41145 – 379 Diverticoli dell'esofago toracico, intervento per
41244 – 388 Megaesofago, intervento per
41251 – 389 Megaesofago, reintervento per
41160 – 395 Varici esofagee: intervento transtoracico o addominale
41533 – 399 Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per
41483 – 403 Gastrectomia totale per patologia benigna
41525 – 407 Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica anastomotica
56267 – 411 Varici gastriche (emostasi chirurgica)
41715 – 413 Ano preternaturale, chiusura, ricostruzione continuità
56283 – 414 Anoplastica e perineoplastica (come unico intervento)
41624 – 415 Appendicectomia con peritonite diffusa
44057 – 428 Confezionamento di ano artificiale (come unico intervento)
41772 – 452 Megacolon, intervento per
46219 – 453 Megacolon: colostomia
41756 – 471 Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per (come unico intervento)
57449 – 472 Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per (come fase di intervento principale)
42549 – 507 Occlusione intestinale con resezione
42895 – 513 Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
42648 – 517 Colectistectomia laparoscopica semplice (compresa lisi di aderenze)
57457 – 518 Colectistectomia laparoscopica con colangiografia intraoperatoria e esplorazione della via biliare ed eventuale estrazione di calcoli (compresa assistenza del radiologo) (compresa lisi di aderenze)
57465 – 519 Colectistectomia laparoscopica con coledocolitotomia ed estrazione di calcoli (compresa colangiografia ed assistenza del radiologo) (compresa lisi di aderenze)
56333 – 520 Colectistectomia laparotomica (compresa lisi di aderenze)
42663 – 521 Colectistogastrostomia o colecistoenterostomia
42697 – 523 Coledoco/epatico/digiuno/duodenostomia con o senza colectistectomia
42689 – 524 Coledoco-epatico digiunostomia con o senza colectistectomia
42671 – 525 Coledoco-epatico duodenostomia con o senza colectistectomia
42655 – 526 Coledocotomia e coledocolitotomia (come unico intervento)
45179 – 527 Dearterializzazione epatica, con o senza chemioterapia
42911 – 528 Deconnessione azygos-portale per via addominale
45187 – 529 Drenaggio bilio digestivo intraepatico
45195 – 531 Papilla di Vater, exeresi
42713 – 533 Papillostomia, per via transduodenale ed eventuale asportazione di calcoli (come unico intervento)
45260 – 539 Trapianto di fegato (omnicomprensivo di servizi ed atti medici di espianto ed impianto)
42739 – 541 Vie biliari, reinterventi
42812 – 547 Derivazioni pancreatico-Wirsung digestive
42945 – 550 Milza, interventi chirurgici conservativi (splenorrafie, resezioni spleniche)
45799 – 558 Trapianto di pancreas (omnicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici di espianto ed impianto)
56382 – 578 Frattura zigomo, orbita, terapia chirurgica per
40543 – 579 Fratture dei mascellari, terapia chirurgica di
57557 – 580 Fratture del seno frontale, terapia chirurgica di
46672 – 581 Fratture della mandibola e del condilo, terapia chirurgica delle (compresa l'eventuale fissazione con ferule)
40519 – 582 Fratture mandibolari, riduzione con ferule
40576 – 593 Lingua, amputazione parziale per tumori benigni, angiomi, macroglossia
46862 – 596 Malformazioni dento-maxillo-facciali della mandibola e della mascella (progenismo, microgenia, prognatismo, micrognatia, laterodeviamenti mandibolari, etc.), compresa mentoplastica sul mascellare superiore o sulla mandibola (trattamento completo)
46896 – 603 Neoformazioni endosse di piccole dimensioni (osteomi, cementomi, odontomi, torus palatino e mandibolare), exeresi di
46912 – 606 Neoplasie maligne limitate del labbro o dei tessuti molli della cavità orale, asportazione di
46938 – 612 Paralisi dinamica o statica del nervo facciale, plastica per
40733 – 613 Parotidectomia parziale con eventuale risparmio del nervo facciale
46755 – 664 Aplasia della vagina, ricostruzione per
47647 – 680 Intervento di push-back e faringoplastica
47654 – 684 Malformazioni complesse delle mani o dei piedi (trattamento completo)
46748 – 694 Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare
46763 – 701 Stati intersessuali, chirurgia degli
48595 – 704 Trasferimento di lembo libero microvascolare
43323 – 720 Decorticazione pleuro polmonare, intervento di
43448 – 728 Ferita toraco-addominale con lesioni viscerali
43265 – 730 Ferite con lesioni viscerali del torace
43356 – 731 Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per
48850 – 732 Fistole esofago-bronchiali e/o esofago-tracheali, interventi di
43596 – 769 Toracoplastica, primo tempo
43604 – 770 Toracoplastica, secondo tempo
49007 – 776 Trapianto di polmone (omnicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici di espianto ed impianto)
45385 – 777 Aneurismi aorta addominale o aorta toracica più dissecazione: resezione e innesto protesico (a cielo aperto)

- 45229 – 778 Aneurismi arterie distali degli arti, resezione e/o innesto protesico (a cielo aperto)
- 45278 – 780 Aneurismi, resezione e innesto protesico: arterie iliache, femorali, poplitee, omerali, ascellari, glutee, arterie viscerali e tronchi sovraortici (a cielo aperto)
- 49098 – 785 Bypass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlavio
- 45351 – 786 Bypass aorto-iliaco o aorto-femorale
- 45369 – 787 Bypass aorto-renale o aorto-mesenterico o celiaco ed eventuale TEA e plastica vasale
- 59381 – 805 Trattamento endovascolare di aneurismi o aneurismi dissecanti dell'aorta toracica
- 45328 – 810 Tromboendoarteriectomia e bypass e/o embolectomia di tronchi sovraortici
- 49882 – 811 Tromboendoarteriectomia e patch e/o embolectomia di tronchi sovraortici
- 49908 – 813 Tromboendoarteriectomia e innesto protesico e/o embolectomia di tronchi sovraortici (qualsiasi tecnica)
- 44479 – 936 Anastomosi vasi intra-extra cranici
- 59465 – 937 Artrodesi vertebrali per via anteriore anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare, uncoforaminotomia, vertebrotomia e rimozione degli osteofiti (come unico intervento)
- 59473 – 938 Artrodesi vertebrali per via posteriore anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare, uncoforaminotomia, vertebrotomia e rimozione degli osteofiti (come unico intervento)
- 59481 – 939 Artrodesi vertebrali per via anteriore e posteriore anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare, uncoforaminotomia, vertebrotomia e rimozione degli osteofiti (come unico intervento)
- 44206 – 944 Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni per via anteriore o posteriore
- 44636 – 945 Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolarie varie, interventi di
- 44180 – 947 Cranioplastica - compresa eventuale rimozione dei mezzi di sintesi
- 44156 – 949 Craniotomia per ematoma extradurale
- 44164 – 950 Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- 44305 – 956 Encefalomeningocele, intervento per
- 44230 – 957 Epilessia focale, intervento per
- 52753 – 961 Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie compresa uncoforaminotomia, vertebrotomia e rimozione degli osteofiti
- 44412 – 969 Ipofisi, intervento per adenoma per via transfenoidale
- 44438 – 973 Malformazione aneurismatica intracranica (aneurismi sacculari, aneurismi carotidei, altri aneurismi)
- 56515 – 974 Malformazione aneurismatica o angiomatica con compressione radicolare e/o midollare
- 45096 – 983 Plesso brachiale, intervento sul
- 45039 – 1012 Trapianti, innesti ed altre operazioni plastiche (come unico intervento)
- 44495 – 1014 Traumi vertebro-midollari via anteriore, intervento per
- 51979 – 1084 Trapianto corneale a tutto spessore
- 51961 – 1085 Trapianto corneale lamellare
- 57881 – 1086 Trapianto di cellule staminali limbari
- 57898 – 1087 Trapianto di cellule staminali limbari combinata con apposizione di membrana amniotica
- 54551 – 1218 Allungamento arti superiori e/o inferiori (per segmento, trattamento completo)
- 47944 – 1219 Amputazione grandi segmenti (trattamento completo)
- 54569 – 1223 Artrodesi vertebrali per via anteriore anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare (come unico intervento)
- 54577 – 1224 Artrodesi vertebrali per via posteriore anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare (come unico intervento)
- 48645 – 1225 Artrodesi vertebrali per via anteriore e posteriore anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare (come unico intervento)
- 48348 – 1226 Artrodesi: grandi articolazioni
- 48330 – 1227 Artrodesi: medie articolazioni
- 48363 – 1228 Artrodesi: grandi
- 48355 – 1229 Artrodesi: medie
- 48256 – 1231 Artroplastiche: grandi (qualsiasi materiale)
- 48264 – 1232 Artroplastiche: medie (qualsiasi materiale)
- 48272 – 1233 Artroplastiche: piccole (qualsiasi materiale)
- 48462 – 1234 Artroprotesi: spalla, parziale
- 54585 – 1235 Artroprotesi: spalla, totale
- 48421 – 1236 Artroprotesi: anca parziale (trattamento completo)
- 48447 – 1240 Artroprotesi: ginocchio
- 48454 – 1241 Artroprotesi: gomito
- 56580 – 1242 Artroprotesi: rimozione e sostituzione di artroprotesi settica in un tempo successivo al primo intervento (parziale o totale) come unico intervento, salvo i casi descritti
- 03249 – 3249 Artroprotesi totale anca (artroprotesi anca totale - qualsiasi tecnica - intervento concomitante) rimborsabile nella medesima seduta operatoria o ricovero non associabile al pacchetto protesi anca totale)
- 03250 – 3250 Artroprotesi: revisione protesi totale anca eseguito nello stesso ricovero in cui è stato eseguito il primo intervento (artroprotesi revisione anca totale - qualsiasi tecnica - intervento concomitante, rimborsabile nella medesima seduta operatoria o ricovero non associabile al pacchetto revisione protesi anca totale)
- 53301 – 6599 Artroprotesi totale d'anca (trattamento completo – intervento concomitante ad altro principale): per rimozione e riposizionamento eseguito in un tempo successivo al primo ricovero
- 10094 – 10094 Pacchetto chirurgico (Tecnica Tradizionale) protesi totale anca (artroprotesi: anca totale - trattamento completo). rimborso comprensivo di: equipe medica, sala operatoria, degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici in degenza
- 10095 – 10095 Pacchetto chirurgico (Tecnica Tradizionale) revisione protesi totale anca (artroprotesi: revisione anca totale - trattamento completo) intervento per rimozione e sostituzione o riposizionamento eseguito nello stesso ricovero in cui è stato eseguito il primo intervento. rimborso comprensivo di: equipe medica, sala operatoria, degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici in degenza
- 10099 – 10099 Pacchetto chirurgico (Tecnica Tradizionale) rimozione e riposizionamento protesi anca eseguito in un tempo successivo al primo ricovero (trattamento completo). rimborso comprensivo di: equipe medica, sala operatoria, degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici in degenza

- 10109 – 10109 Pacchetto chirurgico (Chirurgia Robotica - RAS) protesi totale anca (artroprotesi: anca totale - trattamento completo). rimborso comprensivo di: equipe medica, sala operatoria, uso apparecchiatura per chirurgia computer assistita (qualsiasi), degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici in degenza
- 10110 – 10110 Pacchetto chirurgico (Chirurgia Robotica - RAS) revisione protesi totale anca (artroprotesi: revisione anca totale - trattamento completo) intervento per rimozione e sostituzione o riposizionamento eseguito nello stesso ricovero in cui è stato eseguito il primo intervento. rimborso comprensivo di: equipe medica, sala operatoria, uso apparecchiatura per chirurgia computer assistita (qualsiasi), degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici in degenza
- 10111 – 10111 Pacchetto chirurgico (Chirurgia Robotica - RAS) rimozione e riposizionamento protesi anca eseguito in un tempo successivo al primo ricovero (trattamento completo). rimborso comprensivo di: equipe medica, sala operatoria, uso apparecchiatura per chirurgia computer assistita (qualsiasi), degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici in degenza
- 48041 – 1257 Costola cervicale e "outlet syndrome", intervento per
- 48223 – 1258 Disarticolazione interscapolo toracica
- 54668 – 1259 Disarticolazioni, grandi
- 47910 – 1280 Osteomieliti (trattamento completo), intervento per
- 48629 – 1281 Osteosintesi vertebrale
- 47894 – 1285 Osteotomia complessa (bacino, vertebrale) compresa ablazione di osteofiti della colonna (a tratto)
- 54841 – 1296 Reimpianti di arto o suo segmento
- 54874 – 1300 Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di colonna vertebrale
- 54924 – 1313 Spalla, resezioni complete sec. Tickhor-Limberg
- 57038 – 1319 Trapianto di midollo osseo (omnicomprensivo di servizi ed atti medici di espianto ed impianto)
- 54999 – 1325 Uncoforaminotomia o vertebrotonomia (trattamento completo)
- 48751 – 1339 Trapianti tendinei e muscolari o nervosi (trattamento completo)
- 53231 – 1363 Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidica
- 53280 – 1381 Nervo vestibolare, sezione del
- 53298 – 1382 Neurinoma dell'ottavo paio
- 53157 – 1392 Timpanoplastica con mastoidectomia
- 53249 – 1393 Timpanoplastica senza mastoidectomia
- 55376 – 1394 Timpanoplastica, secondo tempo di
- 53959 – 1450 Velofaringoplastica o avanzamento dell'osso ioide
- 54155 – 1460 Diaframma laringeo, escissione con ricostruzione plastica
- 54114 – 1463 Laringectomia parziale
- 58082 – 1507 Posizionamento di stent carotideo con sistema di protezione cerebrale per trattamento stenosi carotidee
- 58158 – 1515 TIPS (shunt porto-sovraepatico)
- 49460 – 1585 Trapianto di rene (omnicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici di espianto ed impianto)
- 58174 – 1589 Megauretere, intervento per rimodellaggio
- 49817 – 1625 Vescica, plastiche di ampliamento (colon/ileo)
- 49841 – 1626 Vescicoplastica antireflusso bilaterale
- 49833 – 1627 Vescicoplastica antireflusso unilaterale
- 55921 – 1650 Uretrectomia totale



Piano Sanitario “Orange”

Dettaglio garanzie incluse

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

La presente Garanzia opera esclusivamente nell’ambito di accertamenti diagnostici e visite specialistiche, eseguite ambulatorialmente, **propedeutiche a successivo/i Ricovero/i notturno per Grandi Interventi** chirurgici limitatamente a patologie oncologiche maligne (vedere elenco della Garanzia 1) ed esclusivamente se eseguiti nei 140 giorni precedenti il Ricovero notturno per predetto intervento. Le prestazioni suddette, rientranti nella presente Garanzia, possono essere riconosciute esclusivamente in "forma indiretta".

Non rientrano nella Garanzia:

- ✓ accertamenti diagnostici e/o visite specialistiche fruite nei 140 giorni precedenti il ricovero svolto in regime diurno o ambulatoriale pur se l’intervento risulti compreso nell’elenco alla di cui Garanzia 1;
- ✓ accertamenti e/o visite specialistiche fruite nei 140 giorni precedenti il ricovero ma non riferibili a questo (esempio: ricovero per protesi di anca – visita oculistica eseguita nei 140 giorni prima del ricovero. In tal caso la visita oculistica non è riferibile al ricovero e benché eseguita nell’arco temporale indicato, non sarà riconosciuta dal Fondo);
- ✓ accertamenti diagnostici e/o visite specialistiche fruite nei 140 giorni precedenti il ricovero per Grande Intervento chirurgico che, in fase consuntiva dovesse risultare non per patologia oncologica maligna pur se l’intervento risulti compreso nell’elenco alla di cui Garanzia 1.
- ✓ accertamenti diagnostici e/o visite specialistiche che, pur rispondendo ai requisiti riportati, non rientrano nell’area di intervento del Fondo (Nomenclatore Base FasiOpen).

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

Per richiedere il rimborso delle visite specialistiche, dovrà essere allegata la fattura del medico specialista ove risulti inequivocabilmente il titolo di specializzazione (regolarmente registrata e rilevabile presso l’Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri) e la descrizione dell’intervento da eseguire (le visite dovranno, quindi, essere pertinenti l’intervento).

Si ricorda che, la fruizione della presente Garanzia, preclude l'eventuale riconoscimento di qualsiasi tipo di Indennità/Diaria prevista dal Piano Sanitario.

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO	€ 1.100
Dettaglio	Sottomassimali/CONDIZIONI di rimborso previsti
Accertamenti diagnostici e visite specialistiche attinenti all'intervento (Grande Intervento Chirurgico per patologie oncologiche maligne)	Prestazioni devono essere fruite nei 140 giorni precedenti l'inizio di un ricovero per grande intervento chirurgico necessario per patologie oncologiche maligne (vedi elenco).

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



Piano Sanitario “Orange”

Dettaglio garanzie incluse

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

La presente Garanzia opera esclusivamente nell’ambito di accertamenti diagnostici, visite specialistiche e terapie post ricovero, eseguite ambulatorialmente, successivamente ad un Ricovero notturno per Grandi Interventi chirurgici limitatamente a patologie oncologiche maligne (vedere elenco della Garanzia 1) ed esclusivamente se eseguiti nei 140 giorni successivi il Ricovero notturno per predetto intervento. Le prestazioni suddette, rientranti nella presente Garanzia, possono essere riconosciute esclusivamente in "forma indiretta".

Non rientrano nella Garanzia:

- ✓ accertamenti diagnostici e/o visite specialistiche fruiti nei 140 giorni successivi il ricovero svolto in regime diurno o ambulatoriale pur se l’intervento risulti compreso nell’elenco alla di cui Garanzia 1;
- ✓ accertamenti e/o visite specialistiche fruiti nei 140 giorni successivi il ricovero ma non riferibili a questo (esempio: ricovero per protesi di anca – visita oculistica eseguita nei 140 giorni dopo il ricovero. In tal caso la visita oculistica non è riferibile al ricovero e benché eseguita nell’arco temporale indicato, non sarà riconosciuta dal Fondo);
- ✓ accertamenti diagnostici e/o visite specialistiche fruiti nei 140 giorni successivi il ricovero per Grande Intervento chirurgico che, in fase consuntiva (esame della documentazione sanitaria) dovesse risultare non per patologia oncologica maligna pur se rientrante nell’elenco alla di cui Garanzia 1;
- ✓ accertamenti diagnostici e/o visite specialistiche che, pur rispondendo ai requisiti riportati, non rientrano nell’area di intervento del Fondo (Nomenclatore Base FasiOpen).

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

Si ricorda che, la fruizione della presente Garanzia, preclude l’eventuale riconoscimento di qualsiasi tipo di Indennità/Diaria prevista dal Piano Sanitario.

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO	€ 1.300
Dettaglio	Sottomassimali/condizioni di rimborso previste
Accertamenti diagnostici, visite specialistiche di controllo attinenti all'intervento (Grande Intervento Chirurgico per patologie oncologiche maligne) eseguito, terapie e trattamenti fisioterapici o riabilitativi ambulatoriali	Prestazioni devono essere fruite nei 140 giorni successive alla data di dimissione di un ricovero per grande intervento chirurgico necessario per patologie oncologiche maligne (vedi elenco) e comunque attinenti all'intervento eseguito.



Piano Sanitario “Orange”

Dettaglio garanzie incluse

GARANZIA 4 – Diagnostica Ecografica

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

Non rientrano nella Garanzia:

- ✓ accertamenti ecografici in stato di Gravidanza e/o a questa riconducibili in quanto previste dalla Garanzia 8, sub garanzia 8.1;
- ✓ accertamenti ecografici eseguiti come esame propedeutico a Ricovero notturno per Grande Intervento chirurgico per patologie oncologiche maligne, pur se eseguiti nei 140 giorni precedenti il ricovero in quanto previsti dalla Garanzia 2;
- ✓ accertamenti ecografici eseguiti come esame di controllo post Ricovero notturno per Grande Intervento chirurgico per patologie oncologiche maligne, pur se eseguiti nei 140 giorni successivi il ricovero in quanto previsti dalla Garanzia 3;
- ✓ accertamenti ecografici, pur se ritenuti necessari, non rientranti nell’area di intervento del Fondo (Nomenclatore Base FasiOpen) e non specificatamente dettagliato nell’elenco esposto a seguire.
- ✓ il mezzo di contrasto eventualmente utilizzato oltre l’accertamento base in quanto, nella presente Garanzia, considerato compreso nell’esame stesso.

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

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

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO	€ 180
Dettaglio	Sottomassimali/condizioni di rimborso previste
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA (Vedere elenco)	FORMA DIRETTA: Quota Rimborso 40% FORMA INDIRETTA: Quota Rimborso 40%

Si precisa che:

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

Elenco accertamenti ecografici

78246 – 2437 Addominale superiore (esame completo)
 78238 – 2436 Addominale inferiore-pelvi (esame completo)
 78253 – 2438 Addome inferiore-pelvi e superiore con valutazione intestino (esame completo)
 78519 – 2440 Ecocardiogramma doppler o colordoppler transesofageo
 73742 – 2441 Ecocardiogramma M Mode 2D
 76859 – 2443 Ecocardiogramma M MODE 2D doppler e colordoppler, con eventuali prove farmacologiche o sotto sforzo (ecocardiostress)
 78501 – 2444 Ecocardiogramma M Mode 2D e doppler, con eventuali prove farmacologiche o sotto sforzo (ecocardiostress)
 65470 – 2445 Ecografia endobronchiale
 73551 – 2448 Fegato e vie biliari - Ghiandole salivari bilaterali - Grossi vasi - Intestinale - Linfonodi mono/bilaterali - Mammaria monolaterale o bilaterale - Mediastinica o emitoracica - Milza - Muscolare, tendinea o articolare - Oculare e Orbitaria - Pancreatica - Parti molli - Pelvica (utero, annessi e vescica) - Peniena - Prostatica e vescicale, sovrappubica - Renale e surrenale bilaterale - Testicolare (bilaterale) - Tiroidea e paratiroidea - Vescicale (compreso eventuale uso del mezzo di contrasto)
 73809 – 2449 Prostatica e vescicale o anale e rettale, transrettale
 78428 – 2450 Renale, surrenale bilaterale e vescica
 78436 – 2451 Scrotale ed inguinale per ricerca testicolo ritenuto
 78469 – 2452 Transesofagea per gastroenterologia
 78477 – 2454 Transvaginale con eventuale colordoppler
 78485 – 2455 Vescicale perminzionale o intracavitaria transuretrale
 73593 – 2737 Arti superiori o inferiori (bilaterale): Doppler
 73874 – 2738 Arti superiori o inferiori (bilaterale): EcoDoppler
 79574 – 2739 Arti superiori o inferiori (bilaterale): EcocolorDoppler
 79582 – 2740 Arti superiori e inferiori (quattro arti): Doppler
 79590 – 2741 Arti superiori e inferiori (quattro arti): EcoDoppler
 79608 – 2742 Arti superiori e inferiori (quattro arti): EcocolorDoppler
 76665 – 2743 EcocolorDoppler di qualsiasi altro distretto o segmento vascolare arterioso-venoso non descritto
 79616 – 2744 Penieno o testicolare: Doppler
 79624 – 2745 Penieno o testicolare: EcoDoppler
 79632 – 2746 Penieno o testicolare: EcocolorDoppler
 79640 – 2747 Transcranico completo: EcoDoppler
 79657 – 2748 Transcranico completo: EcocolorDoppler
 79665 – 2749 Transcranico completo con analisi spettrale
 79673 – 2750 Tronchi sovraortici: Doppler
 79681 – 2751 Tronchi sovraortici: EcoDoppler
 79699 – 2752 Tronchi sovraortici: EcocolorDoppler
 79707 – 2753 Viscerale: Doppler
 79715 – 2754 Viscerale: EcoDoppler
 79723 – 2755 Viscerale: EcocolorDoppler

Piano Sanitario “Orange”

Dettaglio garanzie incluse

GARANZIA 5 – Diagnostica e Terapie di alta specializzazione

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

Non rientrano nella Garanzia:

- ✓ accertamenti diagnostici di alta specializzazione eseguiti come esami propedeutici a Ricovero notturno per Grande Intervento per patologie oncologiche maligne, pur se eseguiti nei 140 giorni precedenti il ricovero in quanto previsti dalla Garanzia 2;
- ✓ accertamenti diagnostici di alta specializzazione eseguiti come esami di controllo post Ricovero notturno per Grande Intervento chirurgico per patologie oncologiche maligne, pur se eseguiti nei 140 giorni successivi il ricovero in quanto previsti dalla Garanzia 3,
- ✓ accertamenti diagnostici di alta specializzazione, pur se ritenuti necessari, non rientranti nell’area di intervento del Fondo (Nomenclatore Base FasiOpen) e/o non rientranti nella presente Garanzia.

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

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

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

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO	€ 10.000
MINIMO NON INDENNIZZABILE PER CIASCUNA VOCE/PRESTAZIONE	€ 60
Dettaglio	Sottomassimali/condizioni di rimborso previste
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE	FORMA DIRETTA: Quota Rimborso 70% FORMA INDIRETTA: Quota Rimborso 70%
TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA	
MEDICINA NUCLEARE (SCINTIGRAFIA)	
ANGIOGRAFIA (ANCHE CON CONTRASTO)	
TOMOGRAFIA (STRATIGRAFIA) DI ORGANI O APPARATI	
RADIOLOGIA TRADIZIONALE (SOLO CON CONTRASTO)	
CHIEMIOTERAPIA AMBULATORIALE	
RADIOTERAPIA AMBULATORIALE	
DIAGNOSTICA NEUROLOGICA (EEG E/O EMG)	
QUALSIASI ESAME CONTRASTOGRAFICO IN RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	

Per gli accertamenti di “Radiologia Tradizionale”, sono riconosciuti all’interno della presente Garanzia unicamente quelli eseguiti con il mezzo di contrasto. Si precisa che, in tal caso, il mezzo di contrasto è parte integrante dell’esame stesso senza il quale non è possibile eseguire l’accertamento. Solo ed esclusivamente nel caso degli esami di seguito elencati, il mezzo di contrasto è quantificato all’interno del costo dell’esame.

Elenco prestazioni di Radiologia Tradizionale con contrasto

75341 – 2468 Artrografia
78576 – 2469 Artrografia articolazione temporo-mandibolare monolaterale
78584 – 2470 Artrografia articolazione temporo-mandibolare bilaterale (comparativa)
75390 – 2472 Broncografia, monolaterale o bilaterale
78592 – 2473 Cavernosografia
78600 – 2474 Cavernosografia con manometria
74567 – 2475 Cistografia
78618 – 2476 Cistografia con doppio contrasto
74559 – 2477 Cistouretrografia minzionale
74294 – 2479 Clisma opaco con doppio contrasto
78642 – 2480 Colangiografia attraverso tubo di Kehr o post operatoria
74401 – 2481 Colangiografia endovenosa (con eventuali prove farmacologiche)
74435 – 2482 Colangiografia intra operatoria
74419 – 2483 Colangiografia percutanea
78634 – 2484 Colangiografia retrograda
74443 – 2485 Colangiopancreatografia diagnostica (ERCP Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography)
74385 – 2486 Colecistografia per os con o senza prova di Bronner
74898 – 2487 Colonna vertebrale cervicale, dorsale, lombosacrale, sacrococcigea (per tratto)
74914 – 2488 Colonna vertebrale completa
78659 – 2489 Colonna vertebrale completa più bacino sotto carico
78667 – 2490 Colonna vertebrale, esame morfometrico (per tratto)
78691 – 2494 Dacriocistografia
78709 – 2495 Defecografia
74237 – 2502 Esofago con contrasto opaco
78725 – 2503 Esofago con doppio contrasto
74302 – 2506 Faringografia opaca

75325 – 2507 Fistolografia
78758 – 2509 Galattografia
74625 – 2512 Isterosalpingografia (compreso esame diretto) - compresa prestazione del radiologo/ginecologo
74104 – 2514 Laringografia opaca
75234 – 2518 Mielografia cervicale o dorsale
78816 – 2523 Pielografia retrograda monolaterale
78824 – 2524 Pielografia retrograda bilaterale
78832 – 2525 Pielouretrografia percutanea
78865 – 2528 Radicolografia
74328 – 2536 Scialografia
78923 – 2541 Stomaco con doppio contrasto
74245 – 2542 Stomaco, duodeno
78931 – 2543 Stratigrafia a bocca aperta e chiusa della A.T.M., monolaterale
78949 – 2544 Stratigrafia a bocca aperta e chiusa della A.T.M., bilaterale
78956 – 2545 Stratigrafia a riposo della laringe e con fonazione
78964 – 2546 Stratigrafia del mediastino
78972 – 2547 Stratigrafia del torace, monolaterale
78980 – 2548 Stratigrafia del torace, bilaterale
74153 – 2549 Stratigrafia di qualsiasi distretto o segmento anatomico, salvo i casi descritti
65023 – 2550 Studio dei tempi di transito intestinale
78998 – 2551 Studio selettivo ultima ansa
79004 – 2552 Telecuore con esofago baritato
79012 – 2554 Tenue a doppio contrasto con studio selettivo
74260 – 2555 Tenue, esame seriato
74336 – 2561 Tubo digerente: prime vie (esofago, stomaco, duodeno)
74252 – 2562 Tubo digerente: seconde vie (tenue, colon)
74278 – 2563 Tubo digerente: completo (stomaco, duodeno, colon, esofago)
74542 – 2564 Uretrocistografia ascendente e minzionale
74534 – 2565 Urografia (esame completo)
79087 – 2567 Vescicolo deferentografia



Piano Sanitario “Orange”

Dettaglio garanzie incluse

GARANZIA 6 – Visite specialistiche ambulatoriali

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

Non rientrano nella Garanzia:

- ✓ le visite specialistiche eseguite nei 140 giorni precedenti e/o successivi ad un Ricovero notturno per Grande Intervento chirurgico per patologie oncologiche maligne e riconducibili al ricovero/intervento stesso in quanto previste dalla Garanzia 2 e 3;
- ✓ le visite mediche non effettuate da professionista con regolare specializzazione registrata e rilevabile presso l'Ordine dei Medici;
- ✓ le visite specialistiche rientranti nelle “Esclusioni” del Nomenclatore Base /o quanto riconducibili a queste e/o quanto riconducibile a prestazioni non rientranti nell'area di intervento del Fondo.

Si ricorda che, dalla documentazione di spesa trasmessa dovrà risultare inequivocabilmente il titolo accademico di specializzazione. Si ricorda inoltre che, la prestazione eseguita non dovrà essere riconducibile ad altra Garanzia del presente Piano Sanitario.

La presente Garanzia è attiva sia in forma indiretta sia in forma diretta.

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO	€ 650
MASSIMO RIMBORSO PER EVENTO (singola visita specialistica)	FORMA DIRETTA: € 100 FORMA INDIRETTA: € 80
MINIMO NON INDENNIZZABILE	€ 60 in forma indiretta
Dettaglio	Sottomassimali/condizioni di rimborso previste
Visite specialistiche ambulatoriali (fruite al di fuori dei 140 giorni pre o post ricovero per Grande Intervento per patologie oncologiche maligne)	FORMA DIRETTA: Quota Rimborso 100% FORMA INDIRETTA: Quota Rimborso 70%

Piano Sanitario “Orange”

Dettaglio garanzie incluse

GARANZIA 7 – Ticket per prestazioni sanitarie fruite presso Strutture Sanitarie pubbliche o private accreditate

La presente Garanzia opera nell’ambito di Ticket Sanitari per Accertamenti diagnostici, Visite specialistiche e Terapie. Si precisa che sono rimborsabili, nei limiti di quanto esposto nelle condizioni, tutti i Ticket sanitari riferibili esclusivamente a prestazioni ricomprese nel Piano Sanitario e quindi, con l’esclusione di quelli riferibili a prestazioni non comprese nello stesso pur se riferibili ad accertamenti diagnostici, visite specialistiche, terapie e/o altre prestazioni rientranti nell’area di intervento del Fondo. Altresì si ricorda che, il Ticket deve sempre riportare il dettaglio delle prestazioni eseguite e che, in considerazione delle diverse leggi Regionali, in caso di contemporaneo pagamento del Ticket e di prestazioni private (non riconosciute dal S.S.R), presenti sulla stessa ricevuta sanitaria, è necessario far indicare dalla Struttura Sanitaria quale importo è riferito al solo Ticket e/o quale importo è relativo a prestazioni fruite in regime privatistico. A tal proposito si precisa che, nell’ambito delle analisi di laboratorio, non è previsto alcun rimborso aggiuntivo per il prelievo in quanto lo stesso è ricompreso nelle prestazioni stesse (non può essere, quindi, considerato come prestazione privatistica e/o liquidabile oltre quanto previsto dal massimale per prescrizione). Nel caso di “prelievo domiciliare”, come quota aggiuntiva alla prestazione stessa, rientrerà esclusivamente nel massimale previsto dalla Garanzia se, esplicitamente riportata nella prescrizione medica (la richiesta dovrà comunque essere coerente con la patologia indicata in prescrizione e con il quadro clinico critico che ha reso necessario il prelievo presso il proprio domicilio). Per richiedere il rimborso è necessario allegare la documentazione di spesa da cui risulti inequivocabilmente l’applicazione del ticket (eventuali quote privatistiche), il dettaglio delle prestazioni e la prescrizione medica con diagnosi certa o presunta. La presente Garanzia è operativa sia in “forma indiretta” sia in “forma diretta”. Sono esclusi, dalla presente Garanzia, tutte le prestazioni private, tutte le prestazioni previste dalle “Esclusioni” (del Nomenclatore Base) e/o a queste riconducibili oltre alle cure termali, i medicinali e le prestazioni odontoiatriche e, quant’altro esposto nel Nomenclatore Base come non rientrante nell’area di intervento del Fondo. Si rammenta ancora una volta che il FasiOpen non rimborsa quote aggiuntive (introdotte dalla legge del 15/07/2011 n.11 e/o Quota Fissa Finanziaria 2011 e/o altre eventuali quote aggiuntive, oltre al Ticket).

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

Piano Sanitario “Orange”

Dettaglio garanzie incluse

GARANZIA 8 – Pacchetto maternità

La Garanzia si suddivide in 2 sub-garanzie.

Sub-Garanzia 8.1 – Pacchetto Maternità ACCERTAMENTI

La Sub-Garanzia è operativa sia in “forma indiretta” sia in “forma diretta” presso Strutture Sanitarie rientranti nel network riconosciuto dal FasiOpen.

La presente sub-garanzia si compone di tre diverse tipologie di accertamenti, analisi cliniche di laboratorio, diagnostica prenatale non invasiva, ecografie in gravidanza e l’effettuazione dell’una esclude il rimborso delle altre due.

In caso di positività del Bi-Test o Tri-Test (qualora opzionato in alternativa ad analisi o ecografie) può essere richiesto il rimborso anche per l’amniocentesi o villocentesi. Si precisa che le eventuali analisi cliniche di laboratorio riconosciute dalla presente Sub-Garanzia:

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

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

Le eventuali ecografie in gravidanza riconosciute dalla presente Sub-Garanzia:

- ✓ sono esclusivamente quelle riferibili/riconducibili allo stato di gravidanza;
- ✓ sono esclusivamente quelle rientranti nell’area di intervento del Fondo (sempre riferibili/riconducibili allo stato di gravidanza);
- ✓ non sono previste nella Garanzia 4 “Diagnostica Ecografica” (e viceversa);

- ✓ sono riconosciute, nei limiti previsti dalla Sub-Garanzia, solo ed esclusivamente se non rimborsate “analisi cliniche di laboratorio” siano quest’ultime fruitte privatamente e/o tramite pagamento del Ticket;
- ✓ inibiscono il riconoscimento dell’Indennità/Diaria per Ricovero per Parto (indipendentemente se fruitte tramite Ticket o privatamente).

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

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

Accertamento	Descrizione	Massimali di rimborso previsti
ANALISI CLINICHE DI LABORATORIO	MASSIMO RIMBORSO PER GRAVIDANZA	€ 100
	MASSIMO RIMBORSO PER EVENTO	€ 100
	Sottomassimali/Condizioni di rimborso previste	
	FORMA DIRETTA: Quota Rimborso 100% FORMA INDIRETTA: Quota Rimborso 80%	
In alternativa alle analisi cliniche		
DIAGNOSTICA PRENATALE NON INVASIVA (BI-TEST OPPURE TRI-TEST)	MASSIMO RIMBORSO PER GRAVIDANZA	€ 120
	MASSIMO RIMBORSO PER EVENTO	€ 120
In caso di positività del Bi-Test o Tri-Test		
AMNIOCENTESI OPPURE VILLOCENTESI (BIOPSIA DEI VILLI CORIALI)	MASSIMO RIMBORSO PER GRAVIDANZA	€ 120
	MASSIMO RIMBORSO PER EVENTO	€ 120
In alternativa alle analisi cliniche (quindi in alternativa alla Diagnostica Prenatale non invasiva)		
ECOGRAFIE IN GRAVIDANZA	MASSIMO RIMBORSO PER GRAVIDANZA	Massimo 4 Ecografie in Gravidanza
	Sottomassimali/Condizioni di rimborso previste	
	FORMA DIRETTA: Quota Rimborso 100% FORMA INDIRETTA: Quota Rimborso € 65 per singola Ecografia in Gravidanza	

Sub-Garanzia 8.2 – Pacchetto Maternità RICOVERO PER PARTO

La Sub-Garanzia prevede il riconoscimento nella sola forma indiretta, nel caso di Ricovero per Parto effettuato tramite S.S.N, di una Indennità/Diaria per notte. Si ricorda che tale indennità/Diaria viene riconosciuta esclusivamente per il soggetto a cure, ovvero solo ed esclusivamente alla partoriente fermo restando la sussistenza della regolarità della posizione amministrativa della stessa all'atto del ricovero per parto. Non è dunque riconosciuta alcuna indennità per un eventuale familiare accompagnatore e/o figlio minore (questi ultimi pur se regolarmente iscritti).

L'Indennità/Diaria per Ricovero per Parto è riconosciuta, nei limiti esposti dalla presente Sub-Garanzia, dietro esplicita richiesta dell'assistita/partoriente, solo ed esclusivamente se non è stato richiesto a FasiOpen alcun rimborso per "Accertamenti in Gravidanza" siano essi fruiti tramite Ticket o privatamente (indipendentemente se in forma indiretta o forma diretta).

Per richiedere il riconoscimento dell'Indennità/Diaria è necessario inoltrare la richiesta accompagnata dalla copia completa, leggibile, della cartella clinica del Ricovero per Parto entro e non oltre i 3 mesi dalla data di dimissione del predetto Ricovero. La Sub-Garanzia prevede, sia in forma indiretta sia in forma diretta, il riconoscimento di un supporto psicologico nell'immediato post parto, se effettuate e fatturate (entro i 150 giorni successivi al parto) da medico specializzato in psichiatria o psicologia clinica o se effettuate da psicologi o psicoterapeuta regolarmente iscritto all'ordine. Le terapie devono essere svolte presso un centro clinico specializzato.

Per richiedere il rimborso, entro i limiti massimi previsti dalla Garanzia stessa, oltre alla documentazione di spesa da cui risulti inequivocabilmente il titolo accademico del professionista ed il numero di iscrizione all'ordine, la copia della cartella clinica relativa al ricovero per parto e la specifica delle date relative alle singole sedute. Anche in questo caso, si ricorda che il limite temporale per le predette Visite/Sedute (150 giorni post parto) decorre dalla data di dimissione dal ricovero.

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER GRAVIDANZA PER ASSISTITA	€ 1.040
MASSIMO RIMBORSO INDENNITÀ PER NOTTE (solo forma indiretta)	€ 80
MASSIMO RIMBORSO PER SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO PER GRAVIDANZA	€ 240
Dettaglio	Sottomassimali/condizioni di rimborso previste
INDENNITÀ PER RICOVERO PER PARTO (solo forma indiretta)	FORMA INDIRETTA: Massimo 10 notti per Ricovero per Parto tramite S.S.N
SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO	FORMA DIRETTA: € 60 per Visita/Seduta per massimo 4 Visite/Sedute nei 150 giorni post-parto
	FORMA INDIRETTA: € 60 per Visita/Seduta per massimo 4 Visite/Sedute nei 150 giorni post-parto

Piano Sanitario “Orange”

Dettaglio garanzie incluse

GARANZIA 9 – Pacchetti Prevenzione

La presente Garanzia opera sia in “forma indiretta” sia in “forma diretta”. È riconosciuto un pacchetto di prevenzione l'anno (arco temporale 1 gennaio – 31 dicembre) a a scelta ed il medesimo pacchetto non è ripetibile prima di due anni, ad eccezione dei “Pacchetti Prevenzione Oncologici Uomo/Donna” che è invece ripetibile 1 volta l'anno fino all'età di 65 anni compiuti oltre i quali rientrerà nella cadenza ordinaria di 2 anni.

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

Per richiedere il rimborso di un Pacchetto Prevenzione, in forma indiretta, è necessario inoltrare la documentazione di spesa da cui siano inequivocabilmente rilevabili, come eseguiti in una unica soluzione, tutti gli accertamenti previsti dal Pacchetto stesso. Diversamente, nella “forma diretta”, sarà a cura della Struttura trasmettere al Fondo la documentazione necessaria al rimborso.

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

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

Codice	Descrizione	Prestazioni Previste	Massimali di rimborso previsti	Sesso	Fascia di Età
06142 - 6142	CARDIOVASCOLARE DONNA	- Emocromocitometrico e Morfologico - Velocità di sedimentazione delle emazie (VES) - Glicemia - Azotemia - Creatininemia - Colesterolo HDL - Colesterolo LDL - Colesterolo Totale - Transaminasi Glutammico Ossalacetica (GOT) e Glutammico Piruvica (GPT) - Urine, esame chimico e microscopico completo - E.C.G	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 90	DONNA	Età Uguale o maggiore di 40 anni

06140 - 6140	ONCOLOGICA DONNA	- Emocromocitometrico e Morfologico - Velocità di sedimentazione delle emazie (VES) - Glicemia - Azotemia - Creatininemia - Colesterolo HDL - Colesterolo LDL - Colesterolo Totale - Transaminasi Glutammico Ossalacetica (GOT) e Glutammico Piruvica (GPT) - Urine, esame chimico e microscopico completo - Citologico per Diagnostica Tumorale (PAP Test) o citologico endocervicale – più striscio batteriologico - Mammografia Bilaterale	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 200	DONNA	Età Uguale o maggiore di 40 anni (fino a 65 compiuti ripetibile 1 volta l'anno, successivamente ripetibile 1 volta ogni 2 anni).
06141 - 6141	CARDIOVASCOLARE UOMO	- Emocromocitometrico e Morfologico - Velocità di sedimentazione delle emazie (VES) - Glicemia - Azotemia - Creatininemia - Colesterolo HDL - Colesterolo LDL - Colesterolo Totale - Transaminasi Glutammico Ossalacetica (GOT) e Glutammico Piruvica (GPT) - Urine, esame chimico e microscopico completo - E.C.G	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 90	UOMO	Età Uguale o maggiore di 40 anni
06139 - 6139	ONCOLOGICA UOMO	- Emocromocitometrico e Morfologico - Velocità di sedimentazione delle emazie (VES) - Glicemia - Azotemia - Creatininemia - Colesterolo HDL - Colesterolo LDL - Colesterolo Totale - Transaminasi Glutammico Ossalacetica (GOT) e Glutammico Piruvica (GPT) - Urine, esame chimico e microscopico completo - Antigene Prostatico Specifico (PSA) - Ecografia Prostatica e Vescicale Sovrapubica	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 150	UOMO	Età Uguale o maggiore di 40 anni (fino a 65 compiuti ripetibile 1 volta l'anno, successivamente ripetibile 1 volta ogni 2 anni).
67033 - 6253	OCULISTICA	- O.C.T. – Tomografia a coerenza ottica - Pachimetria Corneale - Campimetria Computerizzata (VCP) - Consegna del Referto da parte dell'Oculista	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 120	UOMO/ DONNA	Età Uguale o maggiore di 40 anni
67047 - 6273	CANCRO DELLA TIROIDE	TSH (Ormone Tireotropo) Ecografia Tiroidea	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 50	UOMO/ DONNA	Età Uguale o maggiore di 40 anni

08009 - 8009	MELANOMA	- Visita Dermatologica - Mappatura Nevica - Epiluminescenza - Consegna immagini/foto esame	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 70	UOMO/ DONNA	Età Uguale o maggiore di 40 anni
30209 - 6291	SINDROME DISMETABOLICA	- Glicemia - Colesterolo HDL - Colesterolo LDL - Colesterolo Totale - Trigliceridi - Microalbuminuria - Uricemia	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 30	UOMO/ DONNA	Età Uguale o maggiore di 40 anni



Piano Sanitario “Orange”

Dettaglio garanzie incluse

GARANZIA 10 – Odontoiatria

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

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

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

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

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

A maggior chiarimento, si evidenzia che le prestazioni odontoiatriche vengono imputate sui singoli elementi dentari/sedi dentarie o arcate/emiarcate (ove previsto), sulla base della data fattura di saldo delle prestazioni stesse. A titolo di esempio, se una otturazione è rimborsabile una volta ogni 3 anni su un determinato elemento dentario e viene, ad esempio, rimborsata con fattura datata 03/03/2025, questa non sarà nuovamente riconosciuta sul medesimo elemento/sede dentaria prima del 04/03/2028.

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

Per l’inoltro della richiesta di rimborso in forma indiretta è possibile scaricare, dall’area riservata personale, il Modello unificato che dovrà essere compilato in tutte le sue parti ed inoltrato come richiesta di rimborso per prestazioni che non necessitano del Piano di Cure. Diversamente lo stesso modulo consente la richiesta del Piano di Cure preventivo per il quale il Fondo, dopo verifica,

restituirà telematicamente l'esito con il relativo modulo da compilare per l'inoltro della richiesta di rimborso.

La richiesta di rimborso per prestazioni odontoiatriche deve essere inoltrata (correttamente compilata) a FasiOpen insieme alla fattura di saldo entro e non oltre 3 mesi dalla data della fattura di saldo stesso.

Si invita pertanto gli assistiti nel porre attenzione alle tempistiche di inoltro del Piano di cure (ove necessario), poiché, l'inoltro dello stesso non rappresenta una deroga ai termini massimi di presentazione della richiesta di rimborso. Nel ricordare che, la documentazione di spesa deve sempre essere intestata all'assistito al quale sono state eseguite le cure (nel caso di assistiti minorenni, anche se la fattura viene intestata al titolare dell'iscrizione, il nome del minore soggetto a cure deve comunque essere chiaramente riportato nella fattura stessa, dovendo essere sempre identificabile il soggetto principale come da normativa fiscale) e che non è possibile presentare un giustificativo di spesa relativo a prestazioni fruiti da più familiari/assistiti, si sottolinea che le fatture di acconto non sono rimborsabili. In particolare, si rammenta di prendere visione di quanto specificato nel Nomenclatore Base soprattutto in relazione alla distinzione tra Fatture di acconto, Fatture di saldo parziale e fatture di saldo.

Per le prestazioni odontoiatriche fruiti in "forma diretta" il FasiOpen riconosce (ove ricorrano i presupposti) direttamente alla Struttura Sanitaria convenzionata, il massimo previsto come compartecipazione alla spesa. Per le prestazioni odontoiatriche fruiti in forma diretta, tutte le procedure amministrative per l'inoltro della/e richiesta/e di rimborso sono in carico alla Struttura stessa.

Impianti e relative corone

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

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

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

Trattamento Ortodontico

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

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

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

Documentazione obbligatoria da presentare per accedere al rimborso

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

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

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

- ✓ rx endorale e/o bite wings che mostri il posizionamento della fixture e fotografia intraorale, che mostri la corona protesica definitiva cementata sull'impianto in oggetto;
- ✓ fotografia intraorale che mostri chiaramente la "vite di guarigione", prima della protesizzazione e fotografia intraorale che mostri l'avvenuta cementazione della corona protesica definitiva.
- ✓ Documentazione fotografica post cure per il trattamento ortodontico che evidenzi l'apparecchio posizionato nelle singole arcate.

Descrizione		Massimali di rimborso previsti	
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO		€ 2.000	
Codice prestazione	Dettaglio	Sottomassimali/Condizioni di rimborso previste	
07006 - 6130	VISITA SPECIALISTICA ODONTOIATRICA CON EVENTUALE PIANO DI CURE	Rimborsabile massimo 1 volta l'anno	SOLO FORMA DIRETTA
07007 - 6137	IGIENE ORALE: DETARTRASI	Rimborsabile massimo 2 volte l'anno	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 10 per Detartrasi FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 30
24014 - 6261	PREVENZIONE CANCRO CAVO ORALE	Rimborsabile massimo 1 volta l'anno	SOLO FORMA DIRETTA
20439 - 2650	OTTURAZIONE DI CAVITÀ DI 1° - 3° - 5° CLASSE - QUALSIASI MATERIALE - AD ELEMENTO PERMANENTE DAI 17 ANNI	Rimborsabile 1 volta ogni 3 anni, sulla stessa sede dentaria indipendentemente se elemento deciduo o permanente ed indipendentemente dall'età	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 40 per singola otturazione FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 20 per singola otturazione
23151 - 2667	OTTURAZIONE DI CAVITÀ DI 2° - 4° CLASSE - QUALSIASI MATERIALE - AD ELEMENTO PERMANENTE DAI 17 ANNI		
30324 - 30324	OTTURAZIONE DI QUALSIASI CAVITÀ DI 1° - 2° - 3° - 4° - 5° CLASSE - QUALSIASI MATERIALE - AD ELEMENTO PERMANENTE FINO AI 16 ANNI DI ETÀ COMPIUTI		
30325 - 30325	OTTURAZIONE DI ELEMENTO DECIDUO (QUALSIASI CLASSE - QUALSIASI MATERIALE - RIMBORSABILE UNA VOLTA OGNI 3 ANNI NELLA STESSA SEDE DENTARIA INDIPENDENTEMENTE SE ELEMENTO DECIDUO O PERMANENTE)		
20115 - 2594	ESTRAZIONE DI DENTE O RADICE (SEMPLICE O COMPLESSA) DI ELEMENTO PERMANENTE COMPRESO EVENTUALI SUTURE - AD ELEMENTO NATURALE	Rimborsabile 1 sola volta per elemento/sede dentaria. Non assimilabile all'estrazione di Impianti e/o di frammenti.	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 20 per singola estrazione FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 20 per singola estrazione
30318 - 30318	ESTRAZIONE DI DENTE O RADICE SEMPLICE O COMPLESSA DI ELEMENTO DECIDUO (COMPRESO EVENTUALI SUTURE E SEDAZIONE)		
20156 - 2595	ESTRAZIONE DI DENTE, COMPRESO III° MOLARE, IN INCLUSIONE OSSEA TOTALE - SOLO PER ELEMENTI MAI EROTTI IN ARCATA (ESCLUSO GERMECTOMIA) - COMPRESO EVENTUALI SUTURE AD ELEMENTO NATURALE	Rimborsabile 1 sola volta per elemento/sede dentaria. Non assimilabile all'estrazione di Impianti e/o di frammenti. OBBLIGHI: trasmissione del piano di cure preventivo con radiografia PRE ESTRATTIVA (pre cure)	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 40 per singola estrazione FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 75 per singola estrazione

20149 - 2596	ESTRAZIONE DI III MOLARE, IN INCLUSIONE OSSEA PARZIALE - SOLO PER ELEMENTI PARZIALMENTE EROTTI IN ARCATA - COMPRESO EVENTUALI SUTURE AD ELEMENTO NATURALE		FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 40 per singola estrazione FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 70 per singola estrazione
30319 - 30319	GERMECTOMIA (COMPRENSIVA DI TUTTE LE FASI ED ATTIVITÀ CHIRURGICHE COMPRESIVO DI LEMBO MUCOGENGIVALE E/O OSTEOTOMIA E/O ODONTOTOMIA - SUTURE E SEDAZIONE - ESCLUSA SEDAZIONE CON PROTOSSIDO) FINO A 16 ANNI DI ETÀ COMPIUTI	Rimborsabile 1 sola volta per elemento/sede dentaria. Non assimilabile all'estrazione di Impianti e/o di frammenti. OBBLIGHI: trasmissione del piano di cure preventivo con radiografia PRE ESTRATTIVA (pre cure)	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 40 per singola estrazione FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 75 per singola estrazione
21089 - 2615	IMPIANTI OSTEO-INTEGRATI (QUALSIASI TIPO COMPRESO IMPIANTI ZIGOMATICI O PTERIGOIDEI ESCLUSO MINI IMPIANTI ORTODONTICI O IMPIANTI DIVERSI DA QUELLI OSTEOINTEGRATI) PER SEDE DENTARIA	Rimborsabile 1 sola volta per elemento/sede dentaria indipendentemente dal numero di radici e/o dello spazio da riabilitare. OBBLIGHI: trasmissione del piano di cure preventivo con radiografia PRE RIABILITAZIONE (pre cure) Radiografia post cure da inoltrare con la richiesta di rimborso (ovvero corona definitiva su impianto)	
23155 - 2671	CORONA DEFINITIVA IN POLIMERI RIVESTITI, METAL FREE-CERAMIC FREE, CERTIFICABILI COME MATERIALE DEFINITIVO - PER ELEMENTO/IMPIANTO DAI 17 ANNI	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni sul medesimo impianto. Non rimborsabile su elementi naturali e/o su sedi intermedie di ponte e/o su impianti preesistenti o non liquidati dal FasiOpen. OBBLIGHI: trasmissione del piano di cure preventivo con radiografia PRE RIABILITAZIONE (pre cure) Radiografia post cure da inoltrare con la richiesta di rimborso (ovvero corona definitiva su impianto)	FORMA DIRETTA: Rimborso massimo per Impianto con relativa corona € 550 di cui: € 400 per impianto osteointegrato € 150 per corona protesica definitiva FORMA INDIRETTA: Rimborso massimo per Impianto con relativa corona € 550 di cui: € 400 per impianto osteointegrato € 150 per corona protesica definitive
21022 - 2618	CORONA DEFINITIVA LEGA BIOMEDICALE/RESINA/COMPO SITO CERTIFICABILE COME MATERIALE DEFINITIVO (QUALSIASI TIPO) - PER ELEMENTO/IMPIANTO DAI 17 ANNI	OBBLIGHI: trasmissione del piano di cure preventivo con radiografia PRE RIABILITAZIONE (pre cure) Radiografia post cure da inoltrare con la richiesta di rimborso (ovvero corona definitiva su impianto)	

21055 - 2619	CORONA LP E CERAMICA - CORONA METAL FREE (CERAMICA O MATERIALI CERAMICI INTEGRALI/MONOLITICI - SISTEMI CAD CAM) PER ELEMENTO/IMPIANTO DAI 17 ANNI	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni sul medesimo impianto. Non rimborsabile su elementi naturali e/o su sedi intermedie di ponte e/o su impianti preesistenti o non liquidati dal FasiOpen. OBBLIGHI: trasmissione del piano di cure preventivo con radiografia PRE RIABILITAZIONE (pre cure) Radiografia post cure da inoltrare con la richiesta di rimborso (ovvero corona definitiva su impianto)	
20412 - 2649	RX ENDORALI/BITE WINGS	Rimborsabili massimo 1 endorale pre cure e 1 post cure contestualmente ai codici che le prevedono (impianti e corone definitive) fino ad un massimo di 6 endorali/bite wing l'anno (1° gennaio - 31 dicembre) OBBLIGHI: trasmissione del piano di cure preventivo (poiché la richiesta deve essere contestuale ad impianti/corone definitive) con obbligo di inoltro rx endorale/bitewings richiesta PRE RIABILITAZIONE (pre cure) con la richiesta di rimborso obbligo di inoltro della rx endorale/bitewings post cure richiesta	FORMA DIRETTA: Eccedenza massima a carico assistito € 10 per singola rx endorale/bitewings FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 10 per singola rx endorale/bitewings
30307 - 30307	TERAPIA ORTODONTICA CON APPARECCHIATURE FISSE PER ARCATA PER ANNO, COMPRESO ESAME CEFALOMETRICO	Rimborsabile 1 volta l'anno (1gennaio - 31 dicembre), per massimo 3 anni anche non consecutivi fino al 18esimo anno di età. Non sovrapponibile nell'anno ad altre voci di trattamento ortodontico.	FORMA DIRETTA: Quota Massima Rimborso € 140 per anno indipendentemente dal numero delle arcate sottoposte al trattamento
30308 - 30308	TERAPIA ORTODONTICA CON APPARECCHIATURE MOBILI/FUNZIONALI PER ARCATA PER ANNO, COMPRESO ESAME CEFALOMETRICO	OBBLIGHI: PIANO DI CURE PER ANNO DI TRATTAMENTO con Telecranio o Foto del "morso/morso inverso" pre cure - Fase di Rimborso per anno di trattamento- Telecranio o Foto dei modelli in occlusione	FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 140 per anno indipendentemente dal numero delle arcate sottoposte al trattamento
30309 - 30309	TERAPIA ORTODONTICA CON APPARECCHIATURE INVISIBILI (QUALSIASI TIPOLOGIA/MATERIALE) PER ARCATA - PER ANNO - COMPRESO ESAME CEFALOMETRICO		
30310 - 30310	TERAPIA ORTODONTICA DI MANTENIMENTO PER CONTENZIONE FISSA O MOBILE INDIPENDENTEMENTE DAL NUMERO DI ARCATE	Rimborsabile massimo 1 anno (1gennaio - 31 dicembre) nell'ambito dei 3 anni massimi di trattamento riconosciuti. Non sovrapponibile nell'anno ad altre voci di trattamento ortodontico. OBBLIGHI: PIANO DI CURE PER ANNO DI TRATTAMENTO con Foto Intraorale della contenzione posizionata - Fase di Rimborso per 1 anno di trattamento- Telecranio o Foto Intraorale del trattamento terminato (se terminato) o Foto intraorale della contenzione posizionata (diverse dal pre cure)	FORMA DIRETTA: Quota Massima Rimborso € 140 per anno indipendentemente dal numero delle arcate sottoposte al trattamento FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso € 140 per anno indipendentemente dal numero delle arcate sottoposte al trattamento

Piano Sanitario “Orange”

Dettaglio garanzie incluse

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

La Garanzia opera esclusivamente in “forma indiretta”. Si Sottolinea che, il riconoscimento dell’Indennità/Diaria, può essere erogato unicamente se esplicitamente richiesto dall’iscritto/assistito ed esclusivamente quando:

- ✓ Il Ricovero notturno per Grande Intervento Chirurgico è stato eseguito con il S.S.R;
- ✓ Non viene richiesto e/o non è stato richiesto a FasiOpen alcun rimborso in riferimento/riconducibile al Ricovero notturno per Grande Intervento chirurgico e/o a prestazioni riconducibili a questo (visite specialistiche, terapie, accertamenti, pre e/o post intervento, trasporto in autoambulanza ecc). L’elenco degli interventi rientranti tra i Grandi Interventi Chirurgici è esposto nella Garanzia 1.

La Garanzia non opera in caso di ricovero diurno e/o notturno in regime privatistico e/o per la differenza di classe. Altresì non è previsto alcun rimborso di Indennità/Diaria in caso di Ricovero notturno per Grande Intervento chirurgico per interventi diversi da quelli esposti nella Garanzia 1 e/o per Ricoveri per Riabilitazione pur se eseguiti in conseguenza di un Grande Intervento chirurgico. Si rammenta che, il rimborso dell’Indennità/Diaria viene riconosciuta per l’assistito soggetto a cure, ovvero solo ed esclusivamente per colui che riceve direttamente le cure/terapie (se rientrante nel nucleo familiare assistibile registrato presso l’anagrafica del Fondo all’atto dell’inizio del ricovero), indipendentemente dall’età del “paziente”, ovvero, non è riconosciuta ulteriore indennità per eventuale familiare che si ricovera per assistenza al degente. Per richiedere il riconoscimento dell’Indennità/Diaria, è indispensabile allegare al Modulo di Richiesta di Rimborso la copia integrale della cartella clinica, leggibile, evidenziando di voler richiedere esclusivamente la relativa indennità. La richiesta di rimborso deve pervenire entro 3 mesi dalla data di dimissione.

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

Piano Sanitario “Orange”

Dettaglio garanzie incluse

GARANZIA 12 – Protezione neonati

La Garanzia è operativa sia in “forma indiretta” sia in “forma diretta ed è riservata ai figli con età massima di 2 anni (24 mesi), purché risultante come inserito nel nucleo familiare assistibile da FasiOpen all’atto del ricovero.

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

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO PER ASSISTITO	€ 30.000
ETÀ MASSIMA PREVISTA	2 anni (24 mesi)
Dettaglio	Sottomassimali/condizioni di rimborso previste
GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI PER LA CORREZIONE DI MALFORMAZIONI CONGENITE	FORMA DIRETTA: Quota Rimborso 100% FORMA INDIRETTA: Quota Rimborso 100%

Elenco grandi interventi chirurgici per correzione malformazioni congenite

43836 – 179 Cardiocirurgia a cuore aperto, in età adulta o neonatale, compresi aneurismi o sostituzioni valvolari multiple o sostituzione aortica o plastica dell'aorta (C.E.C.), salvo gli interventi descritti

40162 – 192 Reintervento con ripristino di C.E.C.

43737 – 193 Sezione o legatura del dotto arterioso di Botallo

43968 – 197 Trapianto cardiaco (omnicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici di espianto ed impianto)

56150 – 249 Deformità ad asola della mano

48512 – 287 Correzione di piede torto congenito, parti molli e/o ossee

55228 – 288 Deformità ad asola delle dita del piede

40873 – 358 Cisti o fistola congenita, asportazione di

42994 – 359 Fistola esofago-tracheale, intervento per

41244 – 388 Megaesofago, intervento per

41251 – 389 Megaesofago, reintervento per

46367 – 573 Esiti labiali di labiopalatoschisi

46375 – 574 Esiti nasali di labiopalatoschisi

46680 – 588 Labioalveoloschisi monolaterale

46698 – 589 Labioalveoloschisi bilaterale

46920 – 610 Palatoschisi anteriori, posteriori del palato molle

46615 – 611 Palatoschisi totale

46185 – 624 Asportazione tumore di Wilms

46102 – 625 Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale, retto-vulvare: abbassamento addomino perineale

46086 – 626 Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale

46094 – 627 Atresia dell'ano: operazione perineale

46995 – 628 Atresie vie biliari, esplorazioni

45815 – 629 Cefaloematoma, aspirazione di

47001 – 630 Cisti dell'intestino anteriore (enterogene e broncogene), intervento per
45823 – 631 Cranio bifido con meningocele
45831 – 632 Cranio bifido con meningoencefalocele
45849 – 633 Craniostenosi
46136 – 634 Dilatazione per stenosi congenita dell'ano
45997 – 635 Ernia diaframmatica di Bochdalek
46003 – 636 Ernia diaframmatica di Morgagni
45955 – 637 Esofago (trattamento completo), atresia o fistole congenite dell'
46243 – 638 Esofago o gastroschisi
46276 – 639 Fistola e cisti dell'ombelico: dal canale onfalomesenterico con resezione intestinale
46284 – 640 Granuloma ombelicale, cauterizzazione
47126 – 641 Neuroblastoma addominale
47134 – 642 Neuroblastoma endotoracico
47142 – 643 Neuroblastoma pelvico
47159 – 644 Occlusione intestinale del neonato, atresie (necessità di anastomosi)
47167 – 645 Occlusione intestinale del neonato, con resezione intestinale
47175 – 646 Occlusione intestinale del neonato, senza resezione intestinale
46045 – 647 Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: ileostomia semplice
46060 – 648 Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione con anastomosi primitiva
46052 – 649 Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione secondo Mickulicz
45989 – 650 Pilo, stenosi congenita del
46144 – 651 Plastica dell'ano per stenosi congenita
45914 – 652 Plesso brachiale, neurolisi per paralisi ostetrica del
46318 – 653 Preparazione di vena per flebotomia e trasfusione
46110 – 654 Retto, prolasso con cerchiaggio anale del
46128 – 655 Retto, prolasso con operazione addominale del
46193 – 656 Spina bifida: meningocele
46201 – 657 Spina bifida: mielomeningocele
46151 – 658 Teratoma sacrococcigeo
47555 – 1214 Trauma ostetrico arto inferiore, trattamento di
47548 – 1215 Trauma ostetrico arto superiore, trattamento di



Piano Sanitario “Orange”

Dettaglio garanzie incluse

GARANZIA 13 – Trasporto in Autoambulanza

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

Il Trasporto in autoambulanza è riconosciuto solo per gravi patologie, quando l’assistito è intrasportabile con mezzi propri, dal proprio domicilio all’istituto di cura prescelto per il Ricovero e viceversa.

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

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

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

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

- ✓ certificazione medica con specifica del quadro clinico critico dell’assistito, per il quale è stato attivato il servizio, che evidenzia l’impossibilità per lo stesso di fruire di un diverso mezzo di trasporto;
- ✓ gli estremi di chi ha effettuato il trasporto;
- ✓ il nominativo dell’assistito che ha usufruito del trasporto;
- ✓ la data di effettuazione del trasporto stesso;
- ✓ il luogo di partenza e quello di arrivo.

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO	€ 1.700
MINIMO NON INDENNIZZABILE	Non previsto
Dettaglio	Sottomassimali/condizioni di rimborso previste
TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA PER GRAVI PATOLOGIE	FORMA INDIRETTA: Quota Rimborso 100%

Piano Sanitario “Orange”

Dettaglio garanzie incluse

GARANZIA 14 – Lenti

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

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

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

La richiesta dovrà essere corredata dalla certificazione di conformità secondo la normativa UE (non saranno accettate certificazioni tecniche rilasciate dall'ottico e/o optometrista).

Il rimborso non potrà essere ripetuto, per il medesimo assistito, prima di 12 (dodici) mesi dalla data della precedente fatturazione, indipendentemente dall'eventuale massimale residuo.

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

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

Descrizione	Massimali di rimborso previsti
MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO	€ 120
MINIMO NON INDENNIZZABILE	€ 55 per lenti correttive/confezione di lenti a contatto non monouso
Dettaglio	Sottomassimali/condizioni di rimborso previste
LENTI (a seguito cambio visus)	FORMA INDIRETTA: Quota Massima Rimborso 100% al netto del minimo non indennizzabile

Piano Sanitario “Orange”

Dettaglio garanzie incluse

GARANZIA 15 – FISIOKINESITERAPIA a seguito di infortunio

Si specifica che per “Fisiokinesiterapia” si intendono i trattamenti/cure prescritte dal medico di fiducia ed eseguite in Strutture Sanitarie ambulatoriali regolarmente autorizzate dalle Autorità competenti mentre per “Infortunio” si intende un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni obiettivamente constatabili. Le prestazioni Fisiokinesiterapiche sono “prestazioni sanitarie” svolte da medici chirurghi con titolo di specializzazione in fisiatria od ortopedia e traumatologia oppure da laureati o diplomati in fisioterapia o diplomi equipollenti regolarmente riconosciuti dalla normativa vigente e dalle autorità competenti (comunque regolarmente iscritti ai rispettivi Albi). Si ricorda a tal proposito che la qualifica professionale di fisioterapista della riabilitazione non è in possesso, ad esempio, di chinesiologi, massaggiatori estetici e/o sportivi, laureati ISEF/IUSM, operatori shiatzu, laureati in chiropratica, riflessologi, posturologi, naturopati, ecc.

Il rimborso delle spese relative alla fisiokinesiterapia è erogabile, esclusivamente in regime ambulatoriale sia in “forma Indiretta” sia “Forma diretta” nell’ambito del limite massimo di rimborso previsto dalla garanzia annuale, indipendentemente dal tipo, dalla tecnica, dalla strumentazione e da qualsiasi distretto anatomico. Non sono previste deroghe, estensioni e/o esenzioni ai massimali indicati dalla presente garanzia. Il massimale indicato dalla garanzia è omnicomprensivo (materiali d’uso, medicinali, competenze mediche ecc.).

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

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

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

	Descrizione	Massimali di rimborso previsti
	MASSIMO RIMBORSO PER ANNO E PER ASSISTITO (solo a seguito di infortunio per prestazioni eseguite e fatturate entro 120 giorni successivi al giorno dell'infortunio documentato)	€ 750
Codice	Dettaglio	Sottomassimali/condizioni di rimborso previste
80036 - 2922	ONDE D'URTO RADIALI - DIATERMIA: ONDE CORTE/MICROONDE/MARCONI/RADARTERAPIA	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 6 per prestazione
80093 - 2923	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA (DIADINAMICHE O TENS)	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 5 per prestazione
80119 - 2924	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI (ELETTROSTIMOLAZIONI, FARADICA, GALVANICA, IDROGALVANICA, INTERFERENZIALE)	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 5 per prestazione
80069 - 2925	IRRADIAZIONE INFRAROSSA	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 5 per prestazione
80101 - 2926	IONOFORESI	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 5 per prestazione
81422 - 2927	IPERTERMIA SEGMENTARIA	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 7 per prestazione
80259 - 2928	LASERTERAPIA ANTALGICA	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 9 per prestazione
80127 - 2929	MAGNETOTERAPIA	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 8 per prestazione
80242 - 2930	PRESSOTERAPIA O PRESSO - DEPRESSOTERAPIA INTERMITTENTE O LINFODRENAGGIO MANUALE (limitatamente ai casi di linfedema, linfoadenectomia ascellare/inguinale oppure nei casi di intervento per protesi di anca nell'ambito delle terapie post ricovero).	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 7 per prestazione
85522 - 2931	TECARTERAPIA	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 8 per prestazione
80051 - 2932	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA O APPLICAZIONE PUVA (A SEDUTA)	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 5 per prestazione
80226 - 2933	ULTRASONOTERAPIA	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 5 per prestazione
80218 - 2934	AGOPUNTURA (MANU MEDICA)	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 14 per prestazione massimo 10 prestazioni l'anno
81364 - 2935	ESERCIZI ASSISTITI IN ACQUA (A SEDUTA)	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 9 per prestazione
81555 - 2936	ESERCIZI CON ATTREZZATURE PER ISOCINETICA (A SEDUTA)	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 10 per prestazione
80135 - 2937	ESERCIZI POSTURALI	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 5 per prestazione
80192 - 2938	RIEDUCAZIONE MOTORIA, PROPRIOCETTIVA	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 6 per prestazione
80184 - 2939	MANIPOLAZIONI VERTEBRALI O CHIROTERAPIA (MANU MEDICA)	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 13 per prestazione massimo 10 prestazioni l'anno
80143 - 2940	MASSOTERAPIA	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 5 per prestazione
80325 - 2941	MASSOTERAPIA DISTRETTUALE - RIFLESSOGENA (MANU MEDICA)	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 7 per prestazione
81563 - 2942	MOBILIZZAZIONI ARTICOLARI	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 6 per prestazione
81571 - 2943	MOBILIZZAZIONI VERTEBRALI	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 7 per prestazione
81356 - 2944	TERAPIA OCCUPAZIONALE (A SEDUTA)	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 9 per prestazione
80200 - 2945	TRAZIONI VERTEBRALI MECCANICHE (A SEDUTA)	FORMA DIRETTA: 100% FORMA INDIRETTA: € 6 per prestazione

FASIOPEN

Sede Legale Viale Pasteur 6 – 00144 Roma
Sede Operativa Viale Europa 175 – 00144 Roma
fasiopen.it