



FONDO ASSISTENZA
FRA IL PERSONALE DEL
GRUPPO BANCO POPOLARE

Piano Socio-Sanitario 2024

Prestazioni e sussidi

(Edizione stampabile)

Fondo Assistenza
fra il Personale del Gruppo
Banco Popolare
Banco BPM S.p.A.

Il presente documento è valido fino al prossimo aggiornamento,
che sarà comunicato nei modi previsti dal FAS.
Edizione Maggio 2024

Sommario

NOTA INTRODUTTIVA	9
Il Fondo rimborsa spese sostenute per servizi resi da professionisti sanitari appartenenti al proprio ordine/federazione.....	9
Nomenclatori per riconoscere le spese sanitarie rimborsabili	9
Fatture regolari	9
Prestazioni on line	9
Telemedicina	10
Prestazioni di gruppo	10
Rimborso ASA.....	10
Integrazione Documentale.....	10
Definizione di gravità.....	10
VISITE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI.....	12
<i>Da tener presente:</i>	12
Visite Mediche Specialistiche	13
• Cosa viene rimborsato:.....	13
• Quanto viene rimborsato:	13
• Quale documentazione è richiesta:.....	13
<i>Da tener presente:</i>	13
Prestazione della sfera psichica.....	14
• Cosa viene rimborsato:.....	14
• Quanto viene rimborsato:	14
• Quale documentazione è richiesta:.....	14
<i>Da tener presente:</i>	14
Accertamenti Diagnostici Privati – Check up	15
• Cosa viene rimborsato:.....	15
• Quanto viene rimborsato:	15
• Quale documentazione è richiesta:.....	15
<i>Da tener presente:</i>	15
Ticket per visite e accertamenti diagnostici.....	16
• Cosa viene rimborsato:.....	16
• Quanto viene rimborsato:	16
• Quale documentazione è richiesta:.....	16
<i>Da tener presente:</i>	16
Tamponi Covid.....	17
• Cosa viene rimborsato:.....	17

• Quanto viene rimborsato:	17
• Quale documentazione è richiesta:.....	17
<i>Da tener presente:</i>	17
Campagne di prevenzione organizzate dal FAS	18
• Cosa viene rimborsato:	18
• Quanto viene rimborsato:	18
• Quale documentazione è richiesta:.....	18
Visite rimborsabili solo in ASA.....	19
• Cosa viene rimborsato:	19
• Quanto viene rimborsato:	19
• Quale documentazione è richiesta:.....	19
TRATTAMENTI E TERAPIE	20
<i>Da tener presente:</i>	20
Focus sulle infiltrazioni	20
Trattamenti e Terapie non per situazioni gravi	22
• Cosa viene rimborsato:	22
• Quanto viene rimborsato:	22
• Quale documentazione è richiesta:.....	22
<i>Da tener presente:</i>	22
Trattamenti e terapie per situazioni gravi	23
• Cosa viene rimborsato:	23
• Quanto viene rimborsato:	23
• Quale documentazione è richiesta:.....	23
<i>Da tener presente:</i>	23
Rieducazione Alimentare.....	24
• Cosa viene rimborsato:	24
• Quanto viene rimborsato:	24
• Quale documentazione è richiesta:.....	24
<i>Da tener presente:</i>	24
Cure Termali	25
• Cosa viene rimborsato:	25
• Quanto viene rimborsato:	25
• Quale documentazione è richiesta:.....	25
<i>Da tener presente:</i>	25
Ticket per trattamenti e terapie.....	26
• Cosa viene rimborsato:	26

• Quanto viene rimborsato:	26
• Quale documentazione è richiesta:.....	26
<i>Da tener presente:</i>	26
Terapie e prestazioni rimborsabili solo in ASA.....	27
• Cosa viene rimborsato:	27
• Quanto viene rimborsato:	27
• Quale documentazione è richiesta:.....	27
SPESE DENTARIE.....	28
<i>Da tener presente:</i>	28
Spese odontoiatriche	29
• Cosa viene rimborsato:	29
• Quanto viene rimborsato:	29
• Quale documentazione è richiesta:.....	29
<i>Da tener presente:</i>	29
Spese di lunga durata per cure con apparecchi ortodontici.....	31
• Cosa viene rimborsato:	31
• Quanto viene rimborsato:	31
• Quale documentazione è richiesta:.....	31
<i>Da tener presente:</i>	31
INTERVENTI CHIRURGICI.....	32
GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI - G.I.C.	33
• Cosa viene rimborsato:	33
• Quanto viene rimborsato:	33
• Quale documentazione è richiesta:.....	33
<i>Da tener presente:</i>	33
INTERVENTI CHIRURGICI - NON GIC	34
<i>Da tener presente:</i>	34
Interventi chirurgici NON G.I.C. eseguiti anche ambulatorialmente	35
• Cosa viene rimborsato:	35
• Quanto viene rimborsato:	35
• Quale documentazione è richiesta:.....	35
Interventi chirurgici di carattere dermatologico.....	36
• Cosa viene rimborsato:	36
• Quanto viene rimborsato:	36
• Quale documentazione è richiesta:.....	36
Interventi chirurgici collegati a una malattia oncologica.....	37

• Cosa viene rimborsato:.....	37
• Quanto viene rimborsato:.....	37
• Quale documentazione è richiesta:.....	37
Parto spontaneo o cesareo	38
• Cosa viene rimborsato:.....	38
• Quanto viene rimborsato:.....	38
• Quale documentazione è richiesta:.....	38
Prestazioni di procreazione medicalmente assistita	39
• Cosa viene rimborsato:.....	39
• Quanto viene rimborsato:.....	39
• Quale documentazione è richiesta:.....	39
<i>Da tener presente:</i>	39
INTERVENTI CHIRURGICI RIMBORSABILI SOLO IN ASA	40
<i>Da sapere che:</i>	40
Procreazione medicalmente assistita.....	41
• Cosa viene rimborsato:.....	41
• Quanto viene rimborsato:.....	41
• Quale documentazione è richiesta:.....	41
<i>Da tener presente:</i>	41
Prelievo e conservazione del cordone ombelicale o del sangue, di cellule staminali.....	42
• Cosa viene rimborsato:.....	42
• Quanto viene rimborsato:.....	42
• Quale documentazione è richiesta:.....	42
Altri interventi chirurgici	43
• Cosa viene rimborsato:.....	43
• Quanto viene rimborsato:.....	43
• Quale documentazione è richiesta:.....	43
<i>Da tener presente:</i>	43
OCCHIALI E LENTI	44
<i>Da tener presente:</i>	44
Occhiali da vista.....	45
• Cosa viene rimborsato:.....	45
• Quanto viene rimborsato:.....	45
• Quale documentazione è richiesta:.....	45
<i>Da tener presente:</i>	45
Lenti corneali.....	46

• Cosa viene rimborsato:	46
• Quanto viene rimborsato:	46
• Quale documentazione è richiesta:.....	46
<i>Da tener presente:</i>	46
DISPOSITIVI MEDICI: PROTESI AUSILI E PRESIDI.....	47
<i>Da tener presente:</i>	47
Protesi ausili e presidi	48
• Cosa viene rimborsato:.....	48
• Quanto viene rimborsato:	48
• Quale documentazione è richiesta:.....	48
<i>Da tener presente:</i>	48
Dispositivi Medici rimborsabili solo in ASA	49
• Cosa viene rimborsato:.....	49
• Quanto viene rimborsato:	50
• Quale documentazione è richiesta:.....	50
ASSISTENZA INFERMIERISTICA E SOCIO SANITARIA	51
Assistenza Infermieristica.....	52
• Cosa viene rimborsato:	52
• Quanto viene rimborsato:	52
• Quale documentazione è richiesta:.....	52
<i>Da tener presente:</i>	52
Assistenza Socio-Sanitaria	53
• Cosa viene rimborsato:	53
• Quanto viene rimborsato:	53
• Quale documentazione è richiesta:.....	53
<i>Da tener presente:</i>	53
Ambulanza o Eliambulanza per motivi di urgenza - ASA.....	54
• Cosa viene rimborsato:	54
• Quanto viene rimborsato:	54
• Quale documentazione è richiesta:.....	54
RETTE DI DEGENZA	55
Rette di degenza in case di riposo o in strutture di lungodegenza.....	56
• Cosa viene rimborsato:	56
• Quanto viene rimborsato:	56
• Quale documentazione è richiesta:.....	56
Rette di degenza.....	57

• Cosa viene rimborsato:	57
• Quanto viene rimborsato:	57
• Quale documentazione è richiesta:.....	57
<i>Da tener presente:</i>	57
ALLEGATI	58

NOTA INTRODUTTIVA

Il Fondo rimborsa spese sostenute per servizi resi da professionisti sanitari appartenenti al proprio ordine/federazione

Gli Ordini e le relative Federazioni nazionali sono enti pubblici che agiscono quali organi sussidiari dello Stato, quindi, hanno anche i compiti di verifica del possesso dei titoli abilitanti all'esercizio professionale e di cura della tenuta degli albi dei professionisti. Il Fondo, pertanto, verifica che chi opera nell'ambito sanitario sia iscritto ad uno degli albi professionali (v. allegato A).

Non sono ammessi, pertanto, pagamenti di prestazioni rilasciati da personale non iscritto ad uno degli albi¹.

Nomenclatori per riconoscere le spese sanitarie rimborsabili

Con lo scopo di identificare meglio le spese rimborsabili dal Fondo sono stati redatti una serie di Nomenclatori, cioè elenchi di visite e di prestazioni rimborsabili.

Le prestazioni e le visite elencate sono rimborsate dal Fondo in via ordinaria con integrazione ASA o solo in ASA: per un maggior dettaglio si vedano i Nomenclatori (v. allegati C).

Fatture regolari

Le fatture presentate al Fondo Assistenza devono essere regolari a norma dell'art. 21 comma 2 del DPR 633/72, in caso contrario il Fas non è responsabile della documentazione non corretta inviata in copia (vedi "manleva" sulla pratica richiesta di rimborso). In caso di documentazione in originale le fatture devono essere regolari in base alla suddetta norma.

Il FAS non sarà più tenuto responsabile del controllo dell'applicazione dell'imposta di bollo nella documentazione inoltrata in copia.

Il rimborso avverrà comprendendo l'imposta di bollo qualora sia riportato nel totale del documento di pagamento².

Nei casi in cui la prestazione sanitaria venga pagata con il sistema di gestione dei pagamenti elettronici pagoPA (CBILL, Sisalpay, Lottomatica, sportelli ATM) è assolutamente necessario richiedere regolare Fattura/Ricevuta fiscale alla struttura che fornisce la prestazione. L'avviso di pagamento o la sola ricevuta di pagamento NON sono sufficienti ai fini del rimborso.

Prestazioni on line

Si premette che le prestazioni on-line non sono da confondere o da identificare con la Telemedicina.

Le fatture emesse per prestazioni sanitarie erogate da professionisti riconosciuti dal Ministero della Salute ed eseguite con mezzi di comunicazione telefonica o internet sono rimborsabili solo in ASA, salvo quanto previsto nell'allegato sulla telemedicina (allegato D).

Telemedicina

Le prestazioni di telemedicina eseguita per situazioni descritte nell'allegato D sono rimborsabili solo in presenza di prescrizione/certificazione del medico di medicina generale che attesti "i motivi e la **necessità**" (non semplicemente per opportunità) di prestazioni eseguite in tale metodica.

Anche le prestazioni psicologiche erogate a distanza (da remoto) sono regolamentate da quanto disposto per le prestazioni di telemedicina.

Prestazioni di gruppo

Prestazioni terapeutiche o della sfera psichica di gruppo/familiari/di coppia/genitoriali saranno rimborsate all'intestatario della fattura al 70% dell'intera spesa se al FAS sono iscritti tutti i soggetti della/e prestazione/i; in caso contrario sarà presa in considerazione per la liquidazione ordinaria la metà della spesa sostenuta (per la parte non presa in considerazione non potrà essere richiesto il rimborso ASA trattandosi di parte di prestazione non riferita ad alcun iscritto). Nel caso le prestazioni riguardassero due "soci" iscritti con posizioni distinte al FAS (quindi non come familiari di socio) si richiede che l'informazione venga esplicitata all'atto della presentazione della fattura per ottenere il rimborso al 70% dell'intera spesa.

Rimborso ASA

L'eventuale integrazione ASA per prestazioni rimborsate in via ordinaria o il rimborso ASA per le prestazioni non comprese nel rimborso ordinario o per superamento in via ordinaria dei massimali annuali viene erogata qualora la richiesta sia effettuata al momento della presentazione della spesa e allorché il proprio conto sia capiente al momento del controllo per la liquidazione.

Integrazione Documentale

In qualsiasi momento il FAS potrà richiedere ai soci di presentare una certificazione/prescrizione da parte del medico di medicina generale (medico di base) in merito alla motivazione per cui sono state richieste le terapie.

Definizione di gravità

In caso di malattie croniche e invalidanti

Malattie previste negli elenchi degli allegati 7; 8 e 8 bis (vecchio elenco) dal DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo in Gazzetta Ufficiale - Supplemento n.15

Documenti per la definizione:

- Per maggiorenni: attestato rilasciato dall'Azienda sanitaria locale di residenza dell'assistito che riporta la definizione della malattia o condizione con il relativo codice identificativo della/e malattia/e
- Per minorenni: attestato rilasciato dall'Azienda sanitaria locale di residenza dell'assistito che riporta la definizione della malattia o condizione con il relativo

codice identificativo della/e malattia/e. Attestato ha validità di tre anni dalla data di emissione.

- Per maggiorenni e minorenni senza attestato: certificazione considerata valida dal Fas per un solo anno rilasciata dal proprio medico di medicina generale che attesti una delle malattie croniche previste dal Ministero, data di insorgenza della malattia. Assieme alla certificazione allegare documento che attesti l'identità del medico come proprio medico personale.

In situazione di grave o importante necessità (post incidenti e interventi chirurgici)

Vengono riconosciuti il doppio dei giorni di prognosi in caso di interventi chirurgici come previsti dagli elenchi ministeriali, infortuni con accesso a cure mediche (Pronto soccorso) e post ricoveri per patologie previste dal SSN (secondo gli elenchi ministeriali).

Documenti per la definizione:

- Verbale del pronto soccorso con indicazione dei giorni di prognosi
- Certificazione rilasciata dal medico di famiglia. Assieme alla certificazione allegare documento che attesti l'identità del medico come proprio medico personale.
- Attestazione rilasciata dai medici ospedalieri in caso di degenza.

In tutti i casi è necessario indicare:

- Diagnosi, intervento con relativi codici secondo la classificazione ICD aggiornata
- data di inizio dello stato di malattia
- data di rilascio del documento
- indicare e descrivere l'evento con note di diagnosi al fine di caratterizzare la diagnosi stessa
- giorni di prognosi, cioè presunto periodo per la guarigione o il ristabilimento del paziente

Tutta la documentazione viene vagliata dai consulenti del FAS.

[\[1\]](#) Modifiche o integrazioni legislative dovranno sempre essere vagliate e approvate dal Consiglio di Amministrazione.

[\[2\]](#) Farà fede solo ed esclusivamente l'importo riportato come totale nella fattura/ricevuta fiscale.

VISITE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il massimale complessivo rimborsabile in via ordinaria da parte del Fondo è di **2.500 Euro** all'anno, per iscritto, più eventuale integrazione o rimborso ASA, calcolato al momento del controllo per la liquidazione, per tutte le seguenti spese:

- **Visite mediche specialistiche**
- **Prestazioni della sfera psichica**
- **Accertamenti diagnostici - check up**
- **Tamponi covid**
- **Ticket per visite mediche e accertamenti diagnostici**
- **Campagne di prevenzione organizzate dal Fas**

Inoltre, rimborsabili attraverso l'Assistenza Sanitaria Aggiuntiva le spese per:

- **Visite previste rimborsabili solo in ASA**

Da tener presente:

- Non sono rimborsabili né in via ordinaria né in ASA spese per rilascio cartelle cliniche, duplicati documentazione, cd, lastre, sanzioni per mancati appuntamenti, commissioni o spese postali, inadempienze amministrative, recupero crediti anni precedenti

Visite Mediche Specialistiche

- **Cosa viene rimborsato:**

visite mediche specialistiche erogate da medici iscritti all'albo nazionale e secondo quanto previsto dal Nomenclatore (Allegato C).

Per alcune tipologie di visite è necessario presentare anche la motivazione o patologia per cui si rende necessaria la prestazione (per maggiori dettagli si vedano l'Allegato C).

- **Quanto viene rimborsato:**

rimborso ordinario pari al 70% della spesa sostenuta non in convenzione con il SSN ed un massimale per singola visita specialistica di 140 Euro, più eventuale integrazione ASA.

- **Quale documentazione è richiesta:**

fattura sanitaria della spesa con identificazione del medico e della tipologia della visita e quantità delle visite.

Da tener presente:

- Nel caso di prestazioni miste (es. visita + accertamento diagnostico) per cui non è possibile rilevare il costo delle singole voci/prestazioni, il rimborso verrà categorizzato come visita con i relativi massimali (70% di rimborso fino ad un massimo di 140 euro).
- La fattura per visite deve riportare chiaramente il tipo di visita eseguita (non la semplice dicitura "visita medica") ed essere collegabile o coerente con la specializzazione del medico.
- In qualsiasi momento il FAS potrà richiedere ai soci di presentare una certificazione da parte del medico di medicina generale (medico di base) in merito alla motivazione per cui sono state richieste visite o prestazione specialistiche.

Prestazione della sfera psichica

- **Cosa viene rimborsato:**

visite e prestazioni individuali come indicato nel Nomenclatore (Allegato C) erogate da professionisti iscritti al proprio albo nazionale.

- **Quanto viene rimborsato:**

rimborso ordinario pari al 70% della spesa sostenuta non in convenzione con il SSN ed un massimale per singola prestazione di 60 Euro più eventuale integrazione ASA.

- **Quale documentazione è richiesta:**

fattura sanitaria della spesa con identificazione del professionista e con l'indicazione del numero delle prestazioni e loro importo singolo.

Da tener presente:

- Prestazioni di gruppo/familiari/di coppia/ genitoriali saranno rimborsate all'intestatario della fattura al 70% dell'intera spesa se al FAS sono iscritti tutti i soggetti della/e prestazione/i; in caso contrario sarà presa in considerazione per la liquidazione ordinaria la metà della spesa sostenuta (per la parte non presa in considerazione non potrà essere richiesto il rimborso ASA trattandosi di parte di prestazione non riferita ad alcun iscritto). Nel caso le prestazioni riguardassero 2 "soci" iscritti con posizioni distinte al FAS (quindi non come familiari di socio) si richiede che l'informazione venga esplicitata all'atto della presentazione della fattura per ottenere il rimborso al 70% dell'intera spesa.
- Le prestazioni della sfera psichica erogate on-line non sono classificabili come telemedicina, salvo quanto previsto nella nota introduttiva. Se il professionista si trova fisicamente lontano dal paziente, le prestazioni si intendono erogate on-line e rimborsabili solo in ASA.
- Interventi psicoeducativi effettuati da psicologi rientrano nelle prestazioni della sfera psichica.

Accertamenti Diagnostici Privati – Check up

- **Cosa viene rimborsato:**

accertamenti diagnostici, check up, accertamenti genetici per gestanti e neonati (fino al primo anno di vita), prestazioni diagnostiche eseguite anche in farmacia.

- **Quanto viene rimborsato:**

rimborso ordinario pari al 70% della spesa sostenuta non in convenzione con il SSN più eventuale integrazione ASA.

- **Quale documentazione è richiesta:**

fattura sanitaria dettagliata

Da tener presente:

- Nel caso di prestazioni miste (es. visita + accertamento diagnostico) per cui non è possibile rilevare il costo delle singole voci/prestazioni, il rimborso verrà categorizzato come visita con i relativi massimali (70% di rimborso fino ad un massimo di 140 euro).
- Tra gli accertamenti diagnostici sono compresi i check up qualora non siano dettagliati i costi delle varie prestazioni (costo forfettario), mentre sono esclusi i tester di autoanalisi acquistati in farmacia.
- Per test (es. glicemia, colesterolo, pressione, ecc.) e prestazioni analitiche/diagnostiche eseguite in farmacia è necessario presentare fattura sanitaria (esente IVA art.10 c.18 DPR 633/72) oppure scontrino fiscale parlante con importo senza IVA riportante natura e quantità delle prestazioni detraibili e codice fiscale del beneficiario delle prestazioni.

Ticket per visite e accertamenti diagnostici

- **Cosa viene rimborsato:**

visite e accertamenti erogati in convenzione con il SSN con pagamento di ticket.

- **Quanto viene rimborsato:**

rimborso ordinario pari al 100% della spesa sostenuta più eventuale integrazione ASA solo in caso di superamento dei massimali.

- **Quale documentazione è richiesta:**

fattura sanitaria.

Da tener presente:

- Nei casi dubbi per l'identificazione della spesa dei ticket, il Fondo farà riferimento ai Nomenclatori Regionali e nel caso non fosse identificabile in maniera certa che trattasi di ticket provvederà all'erogazione del sussidio nei termini del 70%.
- Non sono rimborsabili né in via ordinaria né in ASA spese per rilascio cartelle cliniche, duplicati documentazione, cd, lastre, sanzioni per mancati appuntamenti, commissioni o spese postali, inadempienze amministrative, recupero crediti per pronto soccorso (qualora la prestazione sia stata resa nell'anno precedente al pagamento, viene rimborsata con un margine di tolleranza di 90 giorni dalla prestazione stessa), recupero ticket anni precedenti, ingiunzioni al pagamento ticket.

Tamponi Covid

- **Cosa viene rimborsato:**

rimborso di un tampone al giorno per persona.

- **Quanto viene rimborsato:**

rimborso ordinario pari al 70% della spesa sostenuta con un massimale annuo di 200 Euro (totale rimborsato) più eventuale integrazione ASA.

- **Quale documentazione è richiesta:**

fattura o scontrino parlante. I documenti devono essere dettagliati, anche con allegato, con il numero dei tamponi eseguiti giornalmente.

Da tener presente:

- Spese eccedenti il tampone giornaliero, abbonamenti e tamponi multipli eseguiti o fatturati nello stesso giorno sono liquidabili in ASA.

Campagne di prevenzione organizzate dal FAS

- **Cosa viene rimborsato:**

prestazioni di prevenzione organizzate dal FAS ed erogate da centri medici, cliniche o ospedali stabiliti dal Fondo.

- **Quanto viene rimborsato:**

stabilito di volta in volta dal Fondo.

- **Quale documentazione è richiesta:**

documenti indicati dal FAS e comunicati al momento dell'inizio delle Campagne.

Visite rimborsabili solo in ASA

- **Cosa viene rimborsato:**

certificati medici e visite come previsto dall'Allegato C - Nomenclatore.

- **Quanto viene rimborsato:**

liquidazione in ASA se richiesta all'atto della presentazione delle spese e calcolata al momento del controllo documentale.

- **Quale documentazione è richiesta:**

fattura con dettaglio della prestazione.

TRATTAMENTI E TERAPIE

Il massimale complessivo rimborsabile in via ordinaria da parte del Fondo è di **700 Euro** all'anno, per iscritto (elevabile a 2.000 Euro solo per trattamenti per gravi situazioni), più eventuale integrazione ASA calcolata al momento del controllo per la liquidazione, per tutte le seguenti spese:

- **Trattamenti e terapie non per situazioni gravi**
- **Trattamenti e terapie per situazioni gravi**
- **Rieducazione alimentare**
- **Cure termali**
- **Ticket per trattamenti e terapie**

Inoltre, rimborsabili attraverso l'Assistenza Sanitaria Aggiuntiva le spese per:

- **Terapie e prestazioni rimborsabili solo in ASA**

Da tener presente:

- I documenti (prescrizioni e fatture) devono sempre riportare il tipo specifico di terapie da eseguire o eseguite. La dicitura "fisioterapia" è generica e quindi nella prescrizione o nella fattura deve essere precisata una terapia collegabile alla fisioterapia.
- Non sono rimborsabili né in via ordinaria né in ASA le prestazioni di carattere estetico, iscrizioni, accessi, frequenze, tesseramenti e abbonamenti in palestre, piscine e centri benessere.
- Non è possibile rimborsare né in via ordinaria né in ASA terapie eseguite da professionisti non riconosciuti dal Ministero della Salute italiano (vedere Nota Introduttiva).
- Non sono rimborsabili né in via ordinaria né in ASA: riflessoterapia, aromaterapia, fitoterapia, medicina ayurvedica, iridologia, naturopatia, pranoterapia e tutto ciò che non è riconosciuto dal Ministero della Salute italiano e dai Nomenclatori del FAS.

Focus sulle infiltrazioni

L'infiltrazione ortopedica o iniezione endoarticolare è una terapia che consente, tramite sostanze terapeutiche iniettate direttamente all'interno dell'articolazione (come cortisonici e acido ialuronico, ma anche plasma, cellule staminali, farmaci biologici), di trattare il dolore o condizioni che possono provocarne la diminuzione dei movimenti.

Le principali indicazioni dell'iniezione endoarticolare sono le malattie articolari (artrosi, artriti, condropatie) e le patologie delle strutture peri-articolari (borsiti, capsuliti, fasciti, entesopatie, tendiniti ecc.).

L'iniezione endoarticolare consente di ottenere alcuni benefici (temporanei):

- riducendo l'infiammazione e il dolore
- lubrificando e migliorando la funzione dell'articolazione
- rallentando la degenerazione dei capi ossei
- ritardando o evitando il ricorso alla chirurgia

Le prescrizioni devono essere dettagliate e contenere le seguenti indicazioni: patologia, che deve essere collegata all'ambito ortopedico, presenza del dolore (terapia antalgica), area di applicazione dell'infiltrazione e sostanza infiltrativa utilizzata e devono essere emesse da un ortopedico.

Rimborso, salvo in caso di gravità, al 70% fino ad un massimo di 700 Euro; nei casi differenti da quanto sopra specificato il rimborso è previsto in ASA.

Trattamenti e Terapie non per situazioni gravi

- **Cosa viene rimborsato:**

prestazioni terapeutiche e di riabilitazione come previste nell' Allegato C - Nomenclatore.

- **Quanto viene rimborsato:**

rimborso ordinario pari al 70% della spesa sostenuta non in convenzione con il SSN e con un massimo di 12 prestazioni identiche, presenti nella stessa prescrizione medica, più eventuale integrazione ASA.

- **Quale documentazione è richiesta:**

fattura sanitaria, documento di spesa fiscalmente valido indicante dettagliatamente tipo, numero, costo della singola prestazione e importo totale. Inoltre:

- se la prestazione è resa da un medico è sufficiente che sia indicata la patologia (anche con un allegato) per la quale si sono rese necessarie le cure;
- se la prestazione è resa da un professionista sanitario riconosciuto (non medico) è necessaria una prescrizione di un medico che dettagli le prestazioni richieste, il loro numero e l'indicazione della patologia;
- la prescrizione deve essere dell'anno in corso e presentata con i documenti di spesa corrispondenti a quanto disposto dal medico. Le prescrizioni emesse a Novembre e Dicembre saranno ritenute valide per 6 mesi dalla loro emissione.

Da tener presente:

- Per ogni ciclo di terapie occorre una prescrizione medica specifica. In caso di "ciclo" di terapie e comunque per prescrizione medica il FAS rimborsa fino ad un massimo di 12 prestazioni. Nel caso in cui il medico specifichi un numero preciso di terapie il FAS prenderà in considerazione il numero di sedute indicato in prescrizione (sempre fino ad un massimo di 12 prestazioni). Eventuali prestazioni eccedenti verranno rimborsate in ASA.

Trattamenti e terapie per situazioni gravi

- **Cosa viene rimborsato:**

trattamenti riabilitativi come previsto nell'Allegato C - Nomenclatore, conseguenti o collegabili a malattie/situazioni gravi come descritto nella nota introduttiva di prestazioni e sussidi.

- **Quanto viene rimborsato:**

rimborso ordinario pari al 70% della spesa sostenuta non in convenzione con il SSN con massimale elevato a 2.000 Euro, più eventuale integrazione ASA.

- **Quale documentazione è richiesta:**

fattura sanitaria, documento di spesa fiscalmente valido con indicazione chiara di chi ha reso la prestazione con titolo professionale e del dettaglio di tipo, numero, costo della singola prestazione e importo totale.

documentazione descritta nella nota introduttiva di prestazioni e sussidi.

Inoltre:

- se la prestazione è resa da un medico è sufficiente che sia indicata la patologia (anche con un allegato) per la quale si sono rese necessarie le cure;
- se la prestazione è resa da un professionista sanitario riconosciuto (non medico) è necessaria una prescrizione di un medico che dettigli le prestazioni richieste e l'indicazione della patologia;
- la prescrizione deve essere dell'anno in corso e presentata con i documenti di spesa corrispondenti a quanto disposto dal medico. Le prescrizioni emesse a Novembre e Dicembre saranno ritenute valide per 6 mesi dalla loro emissione.

Da tener presente:

- Per la definizione di gravità vedere la nota introduttiva in Prestazioni e Sussidi.

Rieducazione Alimentare

- **Cosa viene rimborsato:**

prestazioni (v. Allegato C - Nomenclatore) dietologico/nutrizionali e legate alla sfera dei disturbi alimentari effettuate da professionisti sanitari (es. dietologi, dietisti, nutrizionisti, biologi dell'alimentazione, etc.) per le sole patologie di bulimia, anoressia, obesità secondo la tabella BMI-IMC (Indice di massa corporea)

BMI-IMC - Indice di massa corporea	
Grave magrezza	< 16,00*
Sottopeso	16,00-18,49
Normopeso	18,50-24,99
Sovrappeso	25,00-29,99
Obeso classe 1	30,00-34,99*
Obeso classe 2	35,00-39,99*
Obeso classe 3	≥ 40,00*

**In grassetto i parametri liquidabili dal FAS*

- **Quanto viene rimborsato:**

rimborso ordinario pari al 70% della spesa sostenuta non in convenzione con il SSN e con un massimo di 12 prestazioni per anno solare, più eventuale integrazione ASA.

- **Quale documentazione è richiesta:**

fattura indicante il tipo e numero delle prestazioni, l'identificazione del professionista con il titolo di specializzazione e l'indicazione del BMI aggiornato alla data della prestazione (anche in allegato al documento di spesa con intestazione dello stesso professionista che ha emesso il documento di pagamento).

Da tener presente:

- Altre patologie gravi saranno vagliate caso per caso dal Consiglio di Amministrazione del FAS.

Cure Termali

- **Cosa viene rimborsato:**

spese riferite solo alle cure e visite termali previste dai protocolli del Ministero della Salute

- **Quanto viene rimborsato:**

rimborso ordinario pari al 70% della spesa sostenuta non in convenzione con il SSN più eventuale integrazione ASA.

- **Quale documentazione è richiesta:**

prescrizione del medico termale (identificabile come tale dallo stesso documento) con il dettaglio delle prestazioni richieste e del loro numero con fattura riportante le medesime prestazioni della prescrizione.

Da tener presente:

- Visite o altre terapie non connesse ai trattamenti termali verranno trattate secondo le regole del FAS previste per le specifiche casistiche.
- Non sono rimborsabili né in via ordinaria né in ASA le spese accessorie connesse alle cure termali (es. spese alberghiere, creme, accessori per le cure, maschere, cuffie, accappatoio ecc.).

Ticket per trattamenti e terapie

- **Cosa viene rimborsato:**

prestazioni terapeutiche/trattamenti/terapie ricomprese in Trattamenti e Terapie ed erogate in convenzione con il SSN con pagamento di ticket con o senza quote aggiuntive.

- **Quanto viene rimborsato:**

rimborso ordinario pari al 100% della spesa sostenuta più eventuale integrazione ASA solo in caso di superamento dei massimali.

- **Quale documentazione è richiesta:**

documentazione di spesa fiscalmente valida.

Da tener presente:

- Nei casi dubbi per l'identificazione della spesa dei ticket, il Fondo farà riferimento ai Nomenclatori Regionali e nel caso non fosse identificabile in maniera certa che trattasi di ticket provvederà all'erogazione del sussidio nei termini del 70%.
- Non sono rimborsabili né in via ordinaria né in ASA inadempienze amministrative, recupero crediti (qualora la prestazione sia stata resa nell'anno precedente al pagamento, viene rimborsata con un margine di tolleranza di 90 giorni dalla prestazione stessa), recupero ticket anni precedenti, ingiunzioni al pagamento ticket.

Terapie e prestazioni rimborsabili solo in ASA

- **Cosa viene rimborsato:**

terapie, trattamenti e prestazioni di riabilitazione:

- come previste nell'Allegato C - Nomenclatore
- con documentazione incompleta per il rimborso ordinario o senza prescrizione medica
- non previste nei rimborsi ordinari ma non a fini estetici
- eccedenti le 12 prestazioni per ogni prescrizione medica
- dalla tredicesima prestazione nel caso in cui la prescrizione non indichi il numero dei trattamenti, ma il termine generico "ciclo" di terapie.

- **Quanto viene rimborsato:**

liquidazione in ASA se richiesta all'atto della presentazione delle spese e qualora il proprio conto sia capiente al momento del controllo documentale.

- **Quale documentazione è richiesta:**

fattura sanitaria.

SPESE DENTARIE

Il massimale complessivo rimborsabile in via ordinaria da parte del Fondo è di **3.000 Euro** all'anno, per iscritto, più eventuale integrazione o rimborso ASA, calcolato al momento del controllo per la liquidazione, per tutte le seguenti spese

- **Spese odontoiatriche**
- **Spese di lunga durata per cure con apparecchi ortodontici**

Da tener presente:

- Sono escluse le cure odontoiatriche di carattere estetico, quali ad esempio: sbiancamento estetico, applicazione faccette, ecc.
- Le fatture di odontotecnici sono rimborsabili se rientrano nel piano di cura di un dentista, quindi, il lavoro di tali professionisti deve sempre essere collegato al lavoro in corso di un dentista. Pertanto, per il rimborso, il socio è tenuto a presentare fatture emesse dagli odontotecnici unitamente alle fatture e/o scheda cure dentarie o accompagnate da una dichiarazione del dentista.

Spese odontoiatriche

- **Cosa viene rimborsato:**

- visite e diagnostica
- esami radiologici e strumentali
- ablazione e applicazione topica di fluoro
- chirurgia/interventi chirurgici odontoiatrici
- paradontologia
- endodonzia
- conservativa (es. otturazioni, devitalizzazioni, ecc.)
- protesi
- implantologia
- ortognatodonzia e visite/terapie gnatologiche

- **Quanto viene rimborsato:**

rimborso ordinario del 60% della spesa sostenuta secondo le seguenti regole:

- il 60% della spesa per le prestazioni inserite nel Tariffario Spese Dentarie sotto riportato, fino al corrispondente importo massimo ivi previsto;
- il 60% della spesa sostenuta per tutte le altre spese dentarie non ricomprese nel tariffario, escluse quelle di carattere estetico non rimborsabili;
- più eventuale integrazione ASA.

- **Quale documentazione è richiesta:**

per ogni fattura sanitaria del medico dentista o del Centro Dentistico allegare la scheda per cure dentarie (**Scheda per Cure Dentarie 1**) debitamente compilata e sottoscritta dal medico curante con la descrizione dettagliata e costo delle singole prestazioni odontoiatriche.

Da tener presente:

- Le fatture per panoramiche o radiografie endorali emesse da centri medici diversi dai dentisti, possono essere presentate senza scheda cure dentarie purché sia esplicitato ciò che è stato eseguito.
- Al momento dell'inserimento di una richiesta odontoiatrica per il rimborso con la procedura telematica, è necessario dettagliare le prestazioni con i singoli importi nei casi presenti nel Tariffario sotto riportato. Tutte le altre spese dentarie vanno indicate, quindi senza alcun dettaglio, nel codice generico di "cure dentarie".

- Il tariffario delle spese calmierate è il seguente:

Prevenzione		% di rimborso	importo massimo del rimborso	note
4.111 4.112 4.121	Valutazione orale periodica. Visita di emergenza (con intervento d'urgenza). Visita orale, visita specialistica	60%	60	
4.113 4.114	Radiografia endorale e occlusale o bite-wing / Radiografia: per ogni radiogramma in più	60%	30	per ogni dente
4.115 4.122	Profilassi/Ablazione semplice del tartaro/Igiene orale - Adulto	60%	100	
4.118	Applicazione topica di fluoro (esclusa profilassi) - Adulto	60%	100	

Conservativa

4.141	Sigillatura (per ogni dente)	60%	30	per ogni dente
4.142 4.143	Otturazione in composito o amalgama	60%	110	per ogni dente

Parodontologia

4.157	Rizectomia per radice (incluso lembo di accesso)	60%	120	per ogni dente
-------	--	-----	-----	----------------

Chirurgia

4.171	Estrazione semplice di dente o radice	60%	150	
4.172 4.173	Estrazione complessa dente o radice	60%	200	

- Nel caso di visita gnatologica far precisare la motivazione/patologia per cui si esegue la prestazione per la corretta imputazione della spesa.

Spese di lunga durata per cure con apparecchi ortodontici

- **Cosa viene rimborsato:**

SOLO per cure con apparecchi ortodontici: pagamenti eseguiti in forma rateale per spesa consistente e prolungata nel tempo (acconti e saldo finale)

- **Quanto viene rimborsato:**

rimborso ordinario del 60% della spesa sostenuta più eventuale integrazione ASA.

- **Quale documentazione è richiesta:**

seguire il seguente iter per la richiesta di questa tipologia di rimborsi

- 1) all'inizio delle cure presentare:
 - a) la prima fattura di acconto
 - b) il preventivo firmato dal medico-dentista con:
 - (1) - descrizione dell'intero programma di lavoro da eseguire
 - (2) - la spesa prevista
 - (3) - tempistica (anche presunta) di esecuzione dei lavori
 - c) scheda per cure odontoiatriche "Scheda per Cure Dentarie 2"
- 2) gli acconti dovranno essere presentati con i seguenti documenti:
 - a) fattura
 - b) scheda per cure odontoiatriche aggiornata "Scheda per Cure Dentarie 2"
 - c) allegare sempre copia del preventivo
- 3) alla fine delle cure fare indicare sulla "Scheda per Cure Dentarie 2" che l'importo della fattura è da intendersi come saldo.

Da tener presente:

- La "Scheda per Cure Dentarie 2" deve essere compilata dettagliatamente con dati del preventivo e relative fatture di acconto emesse.

INTERVENTI CHIRURGICI

Gli interventi chirurgici rimborsabili dal FAS si suddividono in:

- **Grandi Interventi Chirurgici - GIC**, elencati nell'Allegato E
- **Interventi chirurgici - non GIC** eseguiti anche ambulatorialmente, cioè tutti quegli interventi che non rientrano nell'elenco dell'allegato E e non sono di carattere estetico
- **Interventi chirurgici rimborsabili solo in Asa**

Sono esclusi tutti gli interventi di carattere estetico.

L'iscritto al FAS può sostenere gli interventi in:

- **Forma diretta** con ricovero (anche day hospital), cioè si usufruisce dei Centri Convenzionati con Previmedical© consentendo al Socio di pagare soltanto la quota a proprio carico;
- **Forma indiretta**, cioè si usufruisce di enti non convenzionati con Previmedical© oppure non viene richiesta l'autorizzazione alla centrale operativa di Previmedical©, per cui il socio paga l'intero intervento e in un secondo tempo richiede il rimborso al Fondo;
- **Forma mista**, struttura del ricovero convenzionata con Previmedical© ma medico chirurgo non convenzionato.

Prendere visione dell' Allegato F per conoscere le specifiche modalità d'attivazione.

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI - G.I.C.

Il massimale complessivo rimborsabile in via ordinaria da parte del Fondo è di **25.000 Euro** all'anno per iscritto, più eventuale integrazione assicurativa per nucleo di 130.000 euro.

- **Cosa viene rimborsato:**

esclusivamente interventi chirurgici c.d. "grandi" elencati nell'allegato E

- **Quanto viene rimborsato:**

rimborso ordinario pari al 100% della spesa sostenuta solo ed esclusivamente per gli interventi chirurgici c.d. "grandi"

- **Quale documentazione è richiesta:**

- Cartella clinica
- fatture/ricevute sanitarie emesse dai singoli professionisti o dai Centri con il dettaglio delle prestazioni effettuate.

Da tener presente:

- L'eventuale maggiore spesa sostenuta, con un massimale annuo complessivo di 130.000 euro per nucleo di familiari iscritti, è coperta da una specifica polizza assicurativa sottoscritta dal Fondo che viene attivata dal FAS al momento della presentazione della spesa in caso di superamento del massimale di 25.000 euro.
- È possibile usufruire di centri convenzionati Previmedical® in *forma di "assistenza diretta"* (ossia pagando soltanto le spese accessorie, esempio quota per l'accompagnatore, che restano in carico al Socio) per **tutti i cosiddetti Grandi Interventi Chirurgici (vedasi allegato E)** con preventiva autorizzazione da parte della Centrale Operativa di Previmedical®. Per le modalità operative di accesso alla Rete si veda quanto riportato in "**Guida alle prestazioni sanitarie chirurgiche**" (Allegato F).
- Per avere una valutazione previa per chi non usufruisce della convenzione con Previmedical® è possibile inviare al FAS (assistenzadirettafas@bancobpm.it) una prescrizione medica con tipologia, motivo e modalità dell'intervento da eseguire. La documentazione presentata verrà vagliata assieme alla Commissione Medica e l'esito non è vincolante né per il FAS né per la compagnia. La valutazione definitiva sarà eseguita solo in presenza della cartella clinica.

INTERVENTI CHIRURGICI - NON GIC

Il massimale complessivo rimborsabile in via ordinaria da parte del Fondo è di **7.000 Euro** all'anno per iscritto, più eventuale integrazione o rimborso ASA, calcolato al momento del controllo per la liquidazione, per tutte le seguenti spese:

- **Interventi chirurgici NON G.I.C. eseguiti anche ambulatorialmente**
- **Interventi chirurgici di carattere dermatologico**
- **Interventi chirurgici collegati a una malattia oncologica**
- **Parto spontaneo o cesareo**
- **Prestazioni di procreazione medicalmente assistita**

Da tener presente:

- Gli interventi chirurgici odontoiatrici rientrano nelle spese dentarie.
- In caso di evento traumatico è necessario produrre idonea documentazione oggettiva del trauma (es. referto del Pronto Soccorso, esami diagnostici, ecc.).
- Non sono rimborsabili le spese per accompagnatori durante l'intervento chirurgico.
- Nel caso di interventi chirurgici pagati con importo a forfait, cioè nel caso in cui non fosse possibile avere l'identificazione dell'importo separato della degenza, si veda quanto riportato alla voce "rette di degenza".
- Il Fondo si riserva, in casi particolari, di richiedere espressamente la cartella clinica e/o una dichiarazione del medico curante per la valutazione delle motivazioni dell'intervento.
- È possibile usufruire di centri convenzionati Previmedical® in *forma di "assistenza diretta"* (ossia pagando soltanto la quota a carico del Socio) per tutti gli interventi chirurgici con ricovero (anche in day hospital) con preventiva autorizzazione da parte della Centrale Operativa di Previmedical®. Per le modalità operative di accesso alla Rete si veda quanto riportato in "**Guida alle prestazioni sanitarie chirurgiche**" (Allegato F).

Interventi chirurgici NON G.I.C. eseguiti anche ambulatorialmente

- **Cosa viene rimborsato:**

Interventi chirurgici non G.I.C., anche ambulatoriali, non compresi nelle altre tipologie di interventi rimborsabili in ordinario, non previsti nell'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici (**Allegato E**) e non di carattere estetico.

- **Quanto viene rimborsato:**

rimborso ordinario pari al 70% della spesa sostenuta più eventuale integrazione ASA.

- **Quale documentazione è richiesta:**

- Prescrizione medica con la lettera di dimissioni con indicazione della patologia e del tipo di intervento oppure la cartella clinica
- Fatture/ricevute sanitarie emesse dai singoli professionisti o dai Centri con il dettaglio delle prestazioni effettuate e della degenza.

Interventi chirurgici di carattere dermatologico

- **Cosa viene rimborsato:**

interventi chirurgici dermatologici, anche ambulatoriali, non di carattere estetico.

- **Quanto viene rimborsato:**

rimborso ordinario pari al 70% della spesa sostenuta più eventuale integrazione ASA.

- **Quale documentazione è richiesta:**

- Prescrizione medica con la lettera di dimissioni con indicazione della patologia e del tipo di intervento oppure la cartella clinica
- Fatture/ricevute sanitarie emesse dai singoli professionisti o dai Centri con il dettaglio delle prestazioni effettuate e della degenza.

Interventi chirurgici collegati a una malattia oncologica

- **Cosa viene rimborsato:**

Interventi oncologici non compresi nell'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici o ad essi collegati.

- **Quanto viene rimborsato:**

rimborso ordinario pari al 70% della spesa sostenuta più eventuale integrazione ASA.

- **Quale documentazione è richiesta:**

- Prescrizione medica con la lettera di dimissioni con indicazione della patologia e del tipo di intervento oppure la cartella clinica
- Fatture/ricevute sanitarie emesse dai singoli professionisti o dai Centri con il dettaglio delle prestazioni effettuate e della degenza.

Parto spontaneo o cesareo

- **Cosa viene rimborsato:**

prestazioni per parto naturale, cesareo, indotto e in acqua con pagamento dell'équipe medica.

- **Quanto viene rimborsato:**

rimborso ordinario pari al 70% della spesa sostenuta più eventuale integrazione ASA.

- **Quale documentazione è richiesta:**

fattura (con indicazione dei costi sostenuti distinguendo l'eventuale spesa di degenza dalle altre spese sostenute) accompagnata da certificazione medica con indicazione che trattasi di parto. La lettera di dimissione dal reparto, in cui sia evidenziato il tipo di prestazione eseguita, può sostituire la certificazione medica.

Prestazioni di procreazione medicalmente assistita

- **Cosa viene rimborsato:**

prestazioni di procreazione medicalmente assistita resa alla donna comprese le visite, accertamenti, trattamenti di monitoraggio e pre-intervento, trasferimento ovuli/embrioni e impianto chirurgico embrionale

- **Quanto viene rimborsato:**

rimborso ordinario pari al 70% della spesa sostenuta con un massimale rimborsabile **biennale di 3.500 Euro**, più eventuale integrazione ASA.

- **Quale documentazione è richiesta:**

- Per le prestazioni eseguite in Italia: documento di spesa con esplicito dettaglio della tipologia di spesa/prestazione eseguita e costo.
- Per le prestazioni eseguite all'estero:
 - documenti dettagliati con tipologia delle prestazioni eseguite e costi
 - traduzione italiana dei documenti rilasciata da un Ente medico del Paese estero
 - una dichiarazione di un medico specializzato italiano che attesti che la prestazione eseguita è conforme ai trattamenti previsti dalla normativa italiana.

Da tener presente:

- Sono escluse le spese per:
 - la crioconservazione dei gameti maschili e femminili
 - la conservazione del cordone ombelicale
 - prestazioni inerenti alla fecondazione eterologa
- Le prestazioni eseguite all'estero devono essere eseguite in modo conforme alle normative italiane.
- Le fatture devono essere intestate ai beneficiari delle prestazioni e corrispondere al genere del beneficiario

INTERVENTI CHIRURGICI RIMBORSABILI SOLO IN ASA

Rimborsabili attraverso l'Assistenza Sanitaria Aggiuntiva le spese per:

- **Procreazione medicalmente assistita**
- **Prelievo e conservazione del cordone ombelicale o del sangue, di cellule staminali**
- **Altri interventi chirurgici**

Da sapere che:

- Sono esclusi tutti gli interventi di carattere estetico

Procreazione medicalmente assistita

- **Cosa viene rimborsato:**

spese sostenute per prestazioni di procreazione medicalmente assistita eterologa, cioè tutte le spese sostenute comprese visite, accertamenti, trattamenti di monitoraggio e di pre-intervento, fecondazione eterologa con trasferimento ovuli/embrioni e impianto chirurgico embrionale (escluse spese del o per il donatore).

- **Quanto viene rimborsato:**

liquidazione in ASA se richiesta all'atto della presentazione delle spese e qualora il proprio conto sia capiente al momento del controllo documentale.

- **Quale documentazione è richiesta:**

- per le prestazioni eseguite in Italia: documento di spesa con esplicito dettaglio della tipologia di spesa/prestazione eseguita e costo
- Per le prestazioni eseguite all'estero:
 - documenti dettagliati con tipologia delle prestazioni eseguite e costi
 - traduzione italiana dei documenti rilasciata da un Ente medico del Paese estero
 - una dichiarazione di un medico specializzato italiano che attesti che la prestazione eseguita è conforme ai trattamenti previsti dalla normativa italiana.

Da tener presente:

- Sono escluse le spese per:
 - la crioconservazione dei gameti maschili e femminili
 - la conservazione del cordone ombelicale
- Le prestazioni eseguite all'estero devono essere eseguite in modo conforme alle normative italiane.
- Le fatture devono essere intestate ai beneficiari delle singole prestazioni

Prelievo e conservazione del cordone ombelicale o del sangue, di cellule staminali

- **Cosa viene rimborsato:**

prestazioni di prelievo e **conservazione del sangue, delle cellule staminali o del cordone ombelicale**, o meglio (come definito dalla legge) le spese per la “*crioconservazione delle cellule staminali del cordone ombelicale ad uso autologo*”, possono essere rimborsate in ASA, se il prelievo del sangue dal cordone è finalizzato all’uso da parte del neonato o dei consanguinei affetti da patologia e previa approvazione scientifica e clinica.

- **Quanto viene rimborsato:**

liquidazione in ASA se richiesta all’atto della presentazione delle spese e qualora il proprio conto sia capiente al momento del controllo documentale.

- **Quale documentazione è richiesta:**

fattura sanitaria unitamente ad una dichiarazione medica che indichi il motivo della prestazione o la patologia per cui si è resa necessaria la prestazione. La patologia deve essere **in atto al momento della raccolta** e deve essere **considerato appropriato l’utilizzo di cellule staminali** da sangue cordonale. La conservazione del sangue cordonale, inoltre, deve avvenire esclusivamente in strutture trasfusionali pubbliche o individuate dalla disciplina vigente in materia e non in strutture estere, quindi non sono accettate prestazioni eseguite all’estero o procedimenti di conservazione in banche di crioconservazione estere.

Altri interventi chirurgici

- **Cosa viene rimborsato:**

residuo (rimasto a carico del Socio) per prestazioni di ricovero e intervento chirurgico a seguito di prestazioni in Assistenza Diretta, cioè concordate preventivamente con Previmedical®.

- **Quanto viene rimborsato:**

liquidazione in ASA se richiesta all'atto della presentazione delle spese e qualora il proprio conto sia capiente al momento del controllo documentale.

- **Quale documentazione è richiesta:**

fattura e numero/protocollo pratica diretta Previmedical® presente nella propria Area Personale Socio o e-mail di autorizzazione dell'intervento inviato da Previmedical.

Da tener presente:

- Per poter procedere con il rimborso devono essere stati consolidati i costi dell'intervento/franchigia con Previmedical: il Fondo può procedere con la liquidazione della spesa in ASA solo dopo il pagamento delle proprie spese a Previmedical ed il controllo delle franchigie.

OCCHIALI E LENTI

Il massimale complessivo rimborsabile in via ordinaria da parte del Fondo è di **350 Euro** all'anno per iscritto, più eventuale integrazione ASA, calcolato al momento del controllo per la liquidazione per le seguenti spese:

- **Occhiali da vista**
- **Lenti corneali**

Da tener presente:

- Gli occhiali e le lenti da vista sono soggetti al regime di IVA al 4%.
- La dichiarazione di conformità è un documento che accompagna tutti i dispositivi medico/sanitari e riporta, nel caso degli occhiali e delle lenti, i dati della montatura e/o delle lenti acquistate (fabbricante, modello, calibro ecc.), dell'utilizzatore del prodotto acquistato e della conformità del dispositivo alla direttiva 93/42 CEE.
- Per **gli occhiali e le lenti corneali NON acquistate presso l'ottico** (es. supermercato) se non è possibile far compilare il modulo previsto (**Scheda per occhiali e lenti**), allegare al documento di spesa:
 - un visus recente (massimo un anno) di un ottico/oculista
 - parte della confezione delle lenti con l'indicazione della gradazione e il simbolo della marcatura CE.
- Per **gli occhiali e le lenti corneali acquistate on-line o fuori dalla Comunità Europea** allegare i documenti di spesa e la **Scheda per occhiali e lenti**.

Nel caso non fosse possibile far compilare il modulo previsto (**Scheda per occhiali e lenti**) produrre:

- un visus recente (massimo 12 mesi) di un ottico/oculista
- il visus indicato dal venditore (il suddetto documento deve essere intestato all'utilizzatore)

Occhiali da vista

- **Cosa viene rimborsato:**

occhiale completo di montatura e lenti e acquisto di lenti da vista senza montatura.

- **Quanto viene rimborsato:**

rimborso ordinario pari al 70% della spesa sostenuta più eventuale integrazione ASA.

- **Quale documentazione è richiesta:**

- *fattura* o scontrino “parlante” con esplicita indicazione dell’aliquota IVA applicata o con indicazione sullo scontrino di “prodotto con marcatura CE”
- Scheda per occhiali e lenti , modulo dedicato predisposto dal Fas, compilato in ogni sua parte dall’ottico

oppure, in alternativa al modulo Scheda per occhiali e lenti, allegare la seguente documentazione:

- Visus, contestuale alla fattura, rilasciato esclusivamente dal centro ottico dove si effettua l’acquisto
- Dichiarazione di conformità rilasciata dall’ottico relativa agli occhiali da vista su misura e contestuale alla fattura

Da tener presente:

- Per gli occhiali **acquistati on-line oppure non presso un centro ottico o fuori dalla Comunità Europea** vedere le indicazioni generali presenti nella sezione Occhiali e Lenti .
- In caso di rottura o cambio della montatura con lenti da vista in uso il rimborso è previsto solo in ASA come Dispositivo medico.

Lenti corneali

- **Cosa viene rimborsato:**

lenti corneali

- **Quanto viene rimborsato:**

rimborso ordinario pari al 70% della spesa sostenuta, più eventuale integrazione ASA.

- **Quale documentazione è richiesta:**

- *Fattura* o scontrino “parlante” con esplicita indicazione dell’aliquota IVA applicata o con indicazione sullo scontrino di “prodotto con marcatura CE”
- **Scheda per occhiali e lenti** ovvero il modulo predisposto dal Fas e compilato in ogni sua parte dall’ottico

oppure, in alternativa al modulo fornire la seguente documentazione:

- **Visus**, contestuale alla fattura, rilasciato esclusivamente dal centro ottico dove si acquistano le lenti
- **Dichiarazione di conformità** rilasciata dall’ottico oppure parte della confezione delle lenti con l’indicazione della gradazione

Da tener presente:

- Per le lenti corneali **acquistate on-line oppure non presso un centro ottico o fuori dalla Comunità Europea** vedere le indicazioni generali presenti nella sezione Occhiali e Lenti.

DISPOSITIVI MEDICI: PROTESI AUSILI E PRESIDI

Il massimale complessivo **rimborsabile in via ordinaria** da parte del Fondo è di **4.000 Euro a biennio** per iscritto, più eventuale integrazione ASA, calcolato al momento del controllo per la liquidazione, per tutte le seguenti spese

- [Protesi Ausili e Presidi](#)

Inoltre, **rimborsabili attraverso l'Assistenza Sanitaria Aggiuntiva** le spese per:

- [Dispositivi medici con Marcatura CE](#)

Da tener presente:

- Non sono rimborsabili né in via ordinaria né in ASA spese per eventuali assicurazioni, batterie (pile) ecc..
- I prodotti elastici (calze, busti, fasce ecc.) non sono mai rimborsabili in forma ordinaria ma solo in ASA qualora siano riconducibili a dispositivi medici a marcatura CE.
- Rialzi e alzacchi anche se costruiti su misura sono rimborsabili solo in ASA se sono indicati come dispositivi medici.
- L'acquisto della sola montatura, degli occhiali e lenti da vista senza la documentazione per il rimborso ordinario, verranno rimborsati come dispositivi medici in ASA.

Protesi ausili e presidi

- **Cosa viene rimborsato:**

solo l'acquisto per i seguenti dispositivi:

- Ausili per la deambulazione e locomozione
- Ausili per la respirazione
- Protesi acustiche, oculari, mammarie
- Ausili antidecubito
- Calzature e plantari ortopedici costruiti su misura
- Tutori/busti/corsetti non elastici
- Parrucche per situazioni di malattia

- **Quanto viene rimborsato:**

rimborso ordinario del 70% della spesa sostenuta più eventuale integrazione ASA.

- **Quale documentazione è richiesta:**

- fattura da cui si evince il prodotto acquistato, il beneficiario e l'Iva applicata. L'IVA accettata è del 4%
- prescrizione del medico con data non anteriore di 6 (sei) mesi alla data della fattura, contenente specificazione della patologia per cui si rende necessario un particolare dispositivo. Per l'acquisto di parrucche è necessaria la prescrizione rilasciata da un medico del servizio sanitario pubblico regionale.
- indicazione che si tratta di dispositivo medico a marcatura CE (per i plantari o le calzature è sufficiente la dichiarazione del produttore che trattasi di dispositivo costruito su misura).

Da tener presente:

- Gli ausili antidecubito devono prevedere nella prescrizione la necessità del dispositivo per paziente allettato.
- La parrucca viene riconosciuta se destinata a far fronte al danno estetico causato da patologie.

Dispositivi Medici rimborsabili solo in ASA

- **Cosa viene rimborsato:**

i prodotti, le apparecchiature e le strumentazioni acquistati o noleggiati che rientrano nella definizione di dispositivo medico e che sono dichiarati conformi, con dichiarazione/certificazione di conformità e perciò vengono marcati CE dal fabbricante in base alle direttive europee di settore.

Per agevolare i soci viene redatto il seguente elenco di dispositivi medici che possono essere rimborsati in ASA:

- Cerotti, bende, garze e medicazioni avanzate
- Siringhe
- Termometri
- Apparecchio per aerosol
- Apparecchi per la misurazione della pressione arteriosa, glicemia, colesterolo...
- Penna pungidito e lancette per il prelievo di sangue capillare ai fini della misurazione della glicemia
- Pannoloni per incontinenza
- Prodotti ortopedici (ad es. tutori, ginocchiere, cavigliere, stampelle e ausili per la deambulazione in generale ecc.)
- Ausili per disabili (ad es. cateteri, sacche per urine, padelle ecc.)
- Soluzioni per lenti a contatto
- Prodotti per dentiere (ad es. creme adesive, compresse disinfettanti ecc.)
- Materassi ortopedici e materassi antidecubito
- Lenti oftalmiche correttive dei difetti visivi
- Montature per lenti correttive dei difetti visivi
- Occhiali (anche premontati)
- Lenti a contatto
- Apparecchi acustici
- Apparecchi e strumenti per la deambulazione e locomozione e per la respirazione
- Protesi oculari
- Sostanze con azione farmacologica
- Contenitori campioni (urine, feci)
- Test di gravidanza
- Test di ovulazione
- Test menopausa
- Strisce/Strumenti per la determinazione del glucosio
- Strisce/Strumenti per la determinazione del colesterolo totale, HDL e LDL
- Strisce/Strumenti per la determinazione dei trigliceridi
- Test autodiagnostici per le intolleranze alimentari
- Test autodiagnosi prostata PSA
- Test autodiagnosi per la determinazione del tempo di protrombina (INR)
- Test per la rilevazione di sangue occulto nelle feci
- Test autodiagnosi per la celiachia

- **Quanto viene rimborsato:**

liquidazione in ASA se richiesta all'atto della presentazione delle spese e calcolato al momento del controllo per la liquidazione.

- **Quale documentazione è richiesta:**

fattura/scontrino parlante con indicazione del prodotto acquistato o noleggiato e che trattasi di dispositivo medico con marcatura CE (eventualmente includere nella documentazione la parte della confezione o delle istruzioni interne del dispositivo in cui si indica che trattasi di dispositivo medico a marcatura CE).

ASSISTENZA INFERMIERISTICA E SOCIO SANITARIA

Il massimale complessivo **rimborsabile in via ordinaria** da parte del Fondo è di **2.500 euro** all'anno, per iscritto, più eventuale integrazione ASA, calcolata al momento del controllo per la liquidazione, per tutte le seguenti spese

- **Assistenza infermieristica**
- **Assistenza socio-sanitaria**

Inoltre, rimborsabili attraverso l'Assistenza Sanitaria Aggiuntiva le spese per:

- **Ambulanza o eliambulanza per motivi di urgenza**

Assistenza Infermieristica

- **Cosa viene rimborsato:**

assistenza, anche domiciliare, da parte di personale infermieristico avente titolo professionale riconosciuto, a seguito di grandi interventi chirurgici o nelle fasi terminali di malattie (tumore, Aids e similari) o nei casi di gravi malattie cronicizzate o invalidanti certificate.

- **Quanto viene rimborsato:**

rimborso ordinario del 70% della spesa sostenuta più eventuale integrazione ASA.

- **Quale documentazione è richiesta:**

fattura/ricevuta sanitaria rilasciata da un infermiere professionista con il dettaglio delle prestazioni effettuate; attestazione (anche da parte di chi ha emesso la fattura) della motivazione per cui si è resa necessaria la prestazione.

Da tener presente:

- Qualora le prestazioni infermieristiche (cod.20) vengano erogate da enti o cooperative, è necessario indicare chi ha prestato l'opera di assistenza e che lo stesso sia un infermiere professionale.

Assistenza Socio-Sanitaria

- **Cosa viene rimborsato:**

assistenza, eseguita da personale anche non prettamente infermieristico (con contratto colf/badante e livello retributivo CS o DS), erogata all'iscritto riconosciuto invalido e percettore d'indennità di accompagnamento.

- **Quanto viene rimborsato:**

rimborso ordinario del 70% della spesa sostenuta mensilmente con un massimale del 50% dell'indennità di accompagnamento per soggetti mutilati o invalidi stabilita e rivalutata annualmente dall'INPS (euro 531,76 anno 2024).

- **Quale documentazione è richiesta:**

documentazione (**intestata al beneficiario delle prestazioni**) comprovante la spesa mensile sostenuta e il livello retributivo (il Fondo potrebbe chiedere altri documenti per una verifica) unitamente all'ultimo certificato INPS riportante l'importo mensile dell'indennità di accompagnamento e al bollettino INPS dei contributi versati al personale che fornisce la prestazione dello stesso periodo del documento di spesa.

Da tener presente:

- In caso di prestazioni socio-sanitarie erogate parzialmente nel corso del mese, l'importo su cui verrà erogato il sussidio sarà riparametrato al periodo in cui è stata prestata l'assistenza.

Ambulanza o Eliambulanza per motivi di urgenza - ASA

- **Cosa viene rimborsato:**

trasporto a pagamento con mezzi di soccorso, con ambulanza o mezzi equiparabili, nei casi di incidente, emergenza e per situazioni di invalidità totale e permanente al 100%

- **Quanto viene rimborsato:**

liquidazione in ASA se richiesta all'atto della presentazione delle spese e qualora il proprio conto sia capiente al momento del controllo documentale.

- **Quale documentazione è richiesta:**

fattura con dettaglio della prestazione e documentazione che attesti il motivo della prestazione stessa.

RETTE DI DEGENZA

Il massimale complessivo rimborsabile in via ordinaria da parte del Fondo è di **2.500 Euro** all'anno per iscritto più eventuale integrazione ASA, calcolata al momento del controllo per la liquidazione, per tutte le seguenti spese:

- **Rette di degenza in casa di riposo o in strutture di lungodegenza**
- **Rette di degenza**

Rette di degenza in case di riposo o in strutture di lungodegenza

- **Cosa viene rimborsato:**

rette sostenute dagli iscritti dichiarati invalidi e percettori di indennità di accompagnamento per casa di riposo o strutture di lungo-degenza.

- **Quanto viene rimborsato:**

rimborso ordinario del 70% della spesa sostenuta mensilmente con un massimale del 50% dell'indennità di accompagnamento per soggetti mutilati o invalidi stabilita e rivalutata annualmente dall'INPS (euro 531,76 anno 2024).

- **Quale documentazione è richiesta:**

oltre alla fattura dell'Istituto, copia del certificato INPS riportante l'importo mensile dell'indennità di accompagnamento in corso di erogazione.

Rette di degenza

- **Cosa viene rimborsato:**

per ricovero ospedaliero (anche day hospital o day surgery) escluso i casi di Grandi Interventi Chirurgici.

- **Quanto viene rimborsato:**

rimborso ordinario del 70% della spesa sostenuta con un massimo di 120 euro a notte, più eventuale integrazione ASA.

- **Quale documentazione è richiesta:**

cartella clinica o lettera di dimissioni con motivazione del ricovero e fattura dell'ospedale o della casa di cura con il dettaglio delle giornate di ricovero e il relativo costo giornaliero.

Da tener presente:

- Nel caso in cui non fosse possibile avere l'identificazione dell'importo della degenza giornaliera, forfettariamente verrà considerato un importo di euro 500 per ogni giorno/notte di ricovero e su tale importo verrà calcolato il rimborso ordinario.

ALLEGATI

ALLEGATO A_ ELENCO DEGLI ORDINI PROFESSIONALI SANITARI

ALLEGATO B_ ELENCO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E LE ARTI AUSILIARIE

ALLEGATO C_ NOMENCLATORE PER VISITE E TERAPIE

ALLEGATO D_ TELEMEDICINA E TELERIABILITAZIONE

ALLEGATO E_ GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

ALLEGATO F_ GUIDA ALLA PRESTAZIONI SANITARIE CHIRURGICHE

Si veda sito Fas per gli allegati