

FAS

FONDO ASSISTENZA
FRA IL PERSONALE DEL
GRUPPO BANCO POPOLARE

Prestazioni e sussidi 2022

(edizione 2022.02)

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

FONDO ASSISTENZA FRA IL PERSONALE DEL GRUPPO BANCO POPOLARE
Associazione senza fine di lucro – Sede Legale: Piazza Nogara, 2 – 37121 Verona
Sede Amministrativa: via Meucci, 5 – 37135 Verona – C.F.: 93096470237

Tel.: 045.8269977 – E-mail: fas.gruppobp@bancobpm.it

Edizione 2022.02

Indice

NOTA INTRODUTTIVA	5
IL FONDO RIMBORSO SPESE SOSTENUTE PER SERVIZI RESI DA PROFESSIONISTI SANITARI APPARTENENTI AL PROPRIO ORDINE/FEDERAZIONE	5
NOMENCLATORI PER RICONOSCERE LE SPESE SANITARIE RIMBORSABILI	5
IMPOSTA DI BOLLO	5
PRESTAZIONI ON LINE	5
PRESTAZIONI MEDICHE SPECIALISTICHE (VISITE MEDICHE, PSICOLOGICHE...CHECK UP) - ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI-CHECK UP – CAMPAGNE DI PRVENZIONE	6
Spese rimborsabili in forma ordinaria (e forma mista)	6
Spese rimborsabili solo in forma ASA	7
Da sapere che...	7
TRATTAMENTI E TERAPIE (FISIOTERAPIE, RIABILITAZIONI E RIEDUCAZIONI, ECC)	7
Spese rimborsabili in forma ordinaria (e forma mista)	7
Spese rimborsabili solo in forma ASA	9
Da sapere che...	9
MEDICINALI, PRODOTTI OMEOPATICI, GALENICI E FITOTERAPICI	10
Spese rimborsabili in forma ordinaria (e forma mista)	10
Spese rimborsabili solo in forma ASA	11
Da sapere che...	11
SPESE DENTARIE	12
Spese rimborsabili in forma ordinaria (e forma mista)	12
Da sapere che...	13
INTERVENTI CHIRURGICI ESEGUITI ANCHE AMBULATORIALMENTE	13
Spese rimborsabili in forma ordinaria (e forma mista)	13
Spese rimborsabili solo in forma ASA	15
Da sapere che...	16
OCCHIALI E LENTI	16
Spese rimborsabili in forma ordinaria (e forma mista)	16
Da sapere che...	17
DISPOSITIVI MEDICI: PROTESI, AUSILI E PRESIDI	17
Spese rimborsabili in forma ordinaria (e forma mista)	17
Spese rimborsabili solo in forma ASA	17
Da sapere che...	18
ASSISTENZA INFERMIERISTICA E SOCIO-SANITARIA	19
Spese rimborsabili in forma ordinaria (e forma mista)	19
Spese rimborsabili solo in forma ASA	19
Da sapere che...	19
RETTE DI DEGENZA	19
Spese rimborsabili in forma ordinaria (e forma mista)	20
Spese rimborsabili solo in forma ASA	20
Da sapere che...	20
GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (COD. 99)	20
Spese rimborsabili esclusivamente in forma ordinaria	20
Da sapere che...	20

ALLEGATI	22
ALLEGATO A	23
NOMENCLATORI	23
ALLEGATO B	31
ELENCO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E LE ARTI AUSILIARIE	31
ALLEGATO C	33
ELENCO DEGLI ORDINI PROFESSIONALI SANITARI	33
ALLEGATO D	33
ELENCO ALFABETICO DI VISITE, TERAPIE E PRESTAZIONI PRESENTI NEI NOMENCLATORI FAS	33
ALLEGATO E	34
SCHEDA PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO FARMACI	34
ALLEGATO F	35
TARIFFARIO CURE DENTARIE	35
ALLEGATO G	36
SCHEDA PER SPESE DENTARIE	36
ALLEGATO H	38
ELENCO DEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	38
ALLEGATO I	40
GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE CHIRURGICHE	40
ALLEGATO L	42
SCHEDA PER OCCHIALI E LENTI	42

TUTTI I DOCUMENTI FISCALI RICHIESTI DAL PRESENTE DOCUMENTO
DEVONO FARE RIFERIMENTO ALLA GUIDA: "INFORMAZIONI GENERALI"

NOTA INTRODUTTIVA

IL FONDO RIMBORSO 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 (v. allegato B). Il Fondo, pertanto, verifica che chi opera nell'ambito sanitario sia iscritto ad uno dei seguenti albi (v. allegato C):

- Biologi/Chimici;
- Farmacisti;
- Infermieri;
- Medici e Odontoiatri;
- TSRMPSTRP (Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione. Ovvero comprende professioni come il fisioterapista, il logopedista, il dietista, il podologo, l'igienista dentale e altri ancora);
- Ostetriche;
- Psicologi.

Non sono ammessi, pertanto, prescrizioni o pagamenti di prestazioni rilasciati da personale non iscritto ad uno dei suddetti albi.

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 (allegato A).

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 A e D).

IMPOSTA DI BOLLO

L'imposta di bollo (attualmente pari a €2,00) viene applicata sulle fatture esenti da IVA di importo superiore a €77,47 ed è un onere accessorio, qualora sia stata esplicitamente traslata sul cliente ed evidenziata sulla fattura.

Dal primo gennaio 2022 il rimborso avverrà comprendendo l'imposta di bollo qualora sia riportato nel totale del documento di pagamento¹.

PRESTAZIONI ON LINE

Le fatture emesse dal primo gennaio 2022 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.

In caso di dubbio sulla tipologia di prestazione il FAS potrà richiedere specifica integrazione documentale.

¹ Farà fede solo ed esclusivamente l'importo riportato come totale nella fattura/ricevuta fiscale.

PRESTAZIONI MEDICHE SPECIALISTICHE (VISITE MEDICHE, PSICOLOGICHE...CHECK UP) - ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI- CHECK UP – CAMPAGNE DI PRVENZIONE

Il Fondo eroga un sussidio pari al **100 % della spesa sostenuta per i ticket e al 70% della spesa sostenuta non in convezione con il SSN**, con un massimale annuo di **2.500 Euro** per iscritto ed un massimale per singola visita specialistica di **140 Euro**, ad eccezione delle visite/sedute psicologiche che hanno un massimale per singola visita di **60 Euro**, più eventuale integrazione o rimborso ASA qualora il proprio conto sia capiente al momento del controllo per la liquidazione.

Spese rimborsabili in forma ordinaria (e forma mista)

Visite Mediche (cod. 28)

- Spese previste: visite mediche specialistiche erogate da medici iscritti all'albo nazionale e secondo quanto previsto dall'Allegato A - Nomenclatore 1.
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 A - Nomenclatore 1 o l'Allegato D).
- Documentazione: fattura sanitaria della spesa con identificazione del medico e della tipologia della visita² e³ numero delle visite

Sedute Psicologiche (cod. 30)

- Spese previste: visite e prestazioni individuali⁴ come indicato nell'Allegato A - Nomenclatore 3 erogate da professionisti iscritti al proprio albo nazionale.
- Documentazione: fattura sanitaria della spesa con identificazione del professionista e con l'indicazione del numero delle prestazioni e loro importo singolo.

Campagne di Prevenzione (cod. 39)

- Spese previste: prestazioni di prevenzione organizzate dal FAS ed erogate da centri medici, cliniche o ospedali stabiliti dal Fondo.
- Documentazione: documenti indicati dal FAS e comunicati al momento dell'inizio delle Campagne.

Accertamenti Diagnostici (cod. 29)

- Spese previste: accertamenti diagnostici, compresi i check up, accertamenti genetici per gestanti e neonati (fino al primo anno di vita), test e prestazioni diagnostiche eseguite anche in farmacia ad esclusione dell'acquisto dei tester di autoanalisi e autodiagnosi congruente
- Documentazione: fattura sanitaria dettagliata⁵.

Tamponi Covid-19 (cod.56)

- Spese previste: rimborso di un tampone al giorno per persona⁶. Il rimborso corrisposto è del 70% della spesa con un massimale annuo di 200 euro (totale

² Dal 1° luglio 2019 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.

³ Dal 1° luglio 2019 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.

⁴ 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).

⁵ Per test (es. glicemia, colesterolo, pressione, ecc.) e prestazioni analitiche/diagnostiche eseguite in farmacia è necessario presentare o 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.

⁶ Spese eccedenti, abbonamenti e tamponi multipli eseguiti nello stesso giorno (compresi gli abbonamenti) sono liquidabili in ASA.

Documentazione: rimborsato). Tale cifra di 200 euro rientra a sua volta nel massimale annuo di 2500 euro ad personam per gli accertamenti diagnostici e visite. fattura o scontrino parlante. I documenti devono essere dettagliati, anche con allegato, con il numero dei tamponi eseguiti giornalmente.

Ticket per visite e accertamenti (cod. 16)

Spese previste: visite e accertamenti erogate in convenzione con il SSN con pagamento di ticket.

Documentazione: fattura sanitaria

Spese rimborsabili solo in forma ASA

Visite previste solo in ASA (cod. 47)

Spese previste: certificati medici (per sport, patente, idoneità varie, certificati e visite legali), le visite di carattere dietologico in assenza del BMI aggiornato o delle motivazioni di anoressia, bulimia e obesità, visite flebologiche, ecc.⁷ (si veda l'Allegato A - Nomenclatore 2).

Documentazione: fattura con dettaglio della prestazione

Da sapere che...

- ✓ I documenti di spesa validi sono descritti in "Informazioni generali".
- ✓ Nel caso di prestazioni miste (es. visita + accertamento diagnostico) per cui non è possibile rilevare il costo delle singole varie voci/prestazioni, per il rimborso verrà utilizzato il codice per le visite (cod. 28) con i relativi massimali (70% di rimborso fino ad un massimo di 140 euro).
- ✓ Il Fondo, nei casi dubbi per l'identificazione della spesa dei ticket 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%.
- ✓ 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.

TRATTAMENTI E TERAPIE (FISIOTERAPIE, RIABILITAZIONI E RIEDUCAZIONI, ECC)

Il Fondo eroga un sussidio pari **al 100 % della spesa sostenuta per i ticket e al 70% della spesa sostenuta non in convezione con il SSN**, con un massimale annuo per iscritto di **700 Euro** (elevabile a 2.000 Euro solo per trattamenti a seguito di malattie gravi, interventi chirurgici e infortuni di cui al codice F33), più eventuale integrazione o rimborso ASA qualora il proprio conto sia capiente al momento del controllo per la liquidazione.

Spese rimborsabili in forma ordinaria (e forma mista)

Trattamenti e terapie non per situazioni gravi (cod. FA02)

Spese previste: prestazioni terapiche e di riabilitazione come previste nell'Allegato A - Nomenclatore 4 e con un massimo di 12 prestazioni identiche presenti nella stessa prescrizione medica.

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

⁷ In questa voce sono compresi i tamponi Covid-19 non rimborsati in via ordinaria.

- 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 è necessaria una prescrizione di un medico che dettagli le prestazioni richieste, il loro numero e l'indicazione della patologia. La prescrizione deve essere presentata alla fine del ciclo di cura con tutti i documenti di spesa e questi ultimi devono corrispondere a quanto disposto dal medico.

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. Eventuali prestazioni eccedenti verranno rimborsate in ASA. Nel caso in cui la prescrizione sia emessa negli ultimi due mesi dell'anno, il FAS la considera valida fino al mese di marzo del nuovo anno: dopo tale mese è necessario avere una prescrizione emessa nell'anno in corso.

ATTENZIONE: 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.

Trattamenti e terapie per situazioni gravi (cod. F33)

Spese previste: trattamenti riabilitativi come previsto nell'Allegato A - Nomenclatore 4 conseguenti o collegabili a malattie/situazioni gravi⁸ come ictus, intervento chirurgico (entro i 12 mesi), forme neurologiche degenerative, neuro-miopatiche, oncologiche, infermità fisiche permanenti ed invalidanti accertate (almeno l'80%), infortuni gravi.

Documentazione: fattura sanitaria, con indicazione chiara di chi ha reso la prestazione con titolo professionale, accompagnata da:

- prescrizione medica dell'anno in corso riportante le terapie da eseguire e che attesti lo stato del paziente, con specificità dell'infortunio o dell'intervento e della data dell'evento;
- in caso di invalidità fisiche accertate non inferiori al 80% allegare copia del verbale di invalidità oppure far indicare dal medico, sulla prescrizione medica, il motivo e la percentuale di invalidità.

Rieducazione alimentare (cod. FA26)

Spese previste: prestazioni (v. Allegato A - Nomenclatore 5) dietologico/nutrizionali e prestazioni effettuate da alimentaristi, nutrizionisti e biologi dell'alimentazione con un massimo di 12 sedute per anno solare, per le patologie di bulimia, anoressia, obesità⁹ (secondo la tabella BMI-IMC - Indice di massa corporea - presente sul sito del Ministero della Salute).

⁸ Con il termine "grave" il FAS intende una condizione che comporta un alto rischio di mortalità e/o ha un elevato impatto negativo sulla qualità della vita e le funzioni quotidiane. Quindi per gravità si intende che vi sia pericolo di vita e/o che vi sia un periodo di almeno 3 mesi (90 giorni) consecutivi in cui vi è impossibilità a compiere azioni/funzioni quotidiane e/o una lenta progressività debilitante con possibile necessità di assistenza e/o una certificazione di invalidità elevata. Per una valutazione della situazione di gravità il FAS può richiedere ulteriore documentazione e ricorrere agli elenchi/studi elaborati dal Ministero della Salute.

⁹ Altre patologie gravi saranno vagliate caso per caso dal Consiglio di Amministrazione del FAS

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

Documentazione: documento di spesa fiscalmente valido 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 fattura (anche in allegato al documento di spesa con intestazione dello stesso professionista che ha emesso il documento di pagamento).

Cure Termali (cod. FA31)

Spese previste: spese riferite solo alle cure termali (ad esclusione di visite o altre terapie non connesse ai trattamenti termali) per la parte non convenzionata con il SSN.

Documentazione: 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.

Ticket per trattamenti e terapie (cod. F17)

Spese previste: prestazioni terapeutiche/trattamenti/terapie ricomprese nelle voci precedenti ed erogate in convenzione con il SSN con pagamento di ticket con o senza quota regionale.

Documentazione: documentazione di spesa fiscalmente valida.

Spese rimborsabili solo in forma ASA

Terapie e prestazioni previste solo in ASA (cod. 48)

Spese previste: terapie, trattamenti e prestazioni di riabilitazione:

- come previste nell'Allegato A - Nomenclatore 6
- con documentazione incompleta per il rimborso ordinario o senza prescrizione medica;
- non ai fini estetici e non previste nei rimborsi ordinari
- eccedenti a 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

Documentazione: documentazione di spesa fiscalmente valida/fattura sanitaria

Da sapere che...

- ✓ I documenti di spesa validi sono descritti in "Informazioni generali".
- ✓ Non sono rimborsabili 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

- ✓ Non sono rimborsabili dal FAS: riflessoterapia, aromaterapia, fitoterapia, medicina ayurvedica, iridologia, naturopatia, pranoterapia ecc. e tutto ciò che non è riconosciuto dal Ministero della Salute italiano e dai Nomenclatori del FAS.
- ✓ Non sono rimborsabili le spese accessorie connesse alle cure termali (es. spese alberghiere, creme, accessori per le cure ad esempio maschera, cuffie, accappatoio ecc.).
- ✓ Il Fondo, nei casi dubbi per l'identificazione della spesa dei ticket 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%.
- ✓ 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.

MEDICINALI, PRODOTTI OMEOPATICI, GALENICI E FITOTERAPICI

NOTA: Dal 01.07.2019 (Circ.- 1/2019 – Circ. 5/2019) è stato sospeso il rimborso dei medicinali nella gestione ordinaria salvo i casi gravi previsti dal Regolamento, ossia nelle ipotesi di acquisti di farmaci riferiti alla propria patologia, nei casi di intervento chirurgico, ictus, forme neurologiche degenerative, neuropatiche, oncologiche, e infermità fisiche permanenti accertate ed invalidanti con percentuale di invalidità non inferiore all'80% (si veda art. 3 lett. C del Regolamento).

Il Fondo eroga in via ordinaria, alle categorie di iscritti che presentano i requisiti previsti, un sussidio pari al **70% della spesa** sostenuta per medicinali e prodotti omeopatici con una **franchigia annua di 50 Euro** per iscritto e un massimale annuo per iscritto di 2.000 Euro più eventuale integrazione o rimborso ASA qualora il proprio conto sia capiente al momento del controllo per la liquidazione.

Per tutti gli iscritti il Fondo eroga solo in ASA la spesa sostenuta per medicinali e prodotti omeopatici e preparazioni galeniche qualora il proprio conto sia capiente al momento del controllo per la liquidazione.

Spese rimborsabili in forma ordinaria (e forma mista)

Medicinali (cod. 03)

Spese previste: **ticket, farmaci non ripetibili** con ritiro della prescrizione, **farmaci ripetibili e/o da banco. Vaccini** compresi quelli prodotti da laboratori specializzati su prescrizione medica (es. vaccini allergologici – escluse le spese di spedizione).

Farmaci acquistati all'estero equipollenti o con principi attivi riconosciuti in Italia dall'AIFA

Documentazione: copia della prescrizione dove viene indicato esplicitamente che i farmaci prescritti sono riferiti alla patologia o alla condizione che ne ha generato il diritto al rimborso ordinario e documento di spesa, cioè

- per ticket scontrino fiscale dettagliato con codice fiscale del paziente
- per farmaci acquistati in farmacia o parafarmacia scontrino fiscale dettagliato con codice fiscale del paziente e fustella con codice a barre che identifica il prodotto
- per farmaci acquistati all'estero: documento di spesa dell'acquisto con parte della confezione del medicinale indicante nome del prodotto

Omeopatici (cod.27)

Spese previste: prodotti omeopatici autorizzati dall'AIFA. Quelli acquistati all'estero devono avere il corrispondente in Italia.

Documentazione: prescrizione medica dove viene indicato esplicitamente che i prodotti omeopatici prescritti sono riferiti alla patologia o alla condizione che ne ha generato il diritto al rimborso ordinario e documento di spesa con indicazione del paziente accompagnati da parte della confezione con l'identificazione del prodotto e della dicitura che si tratta di prodotto omeopatico.

Spese rimborsabili solo in forma ASA

Preparazione galeniche (cod. 49)

Spese previste: per "farmaci galenici", "preparati galenici" o "preparazioni galeniche" si intendono i medicinali preparati dal farmacista nel laboratorio di una farmacia

Documentazione: scontrino farmaceutico con codice fiscale dell'iscritto e indicazione esplicita che trattasi di preparazione galenica

Medicinali e prodotti omeopatici rimborsabili solo in ASA (cod. 51):

Spese previste: acquisto di farmaci, omeopatici, e prodotti fitoterapici per le categorie di iscritti che non presentano i requisiti previsti all'art.3 del Regolamento.

Documentazione: scontrino farmaceutico con codice fiscale dell'iscritto e con indicazione esplicita dei prodotti acquistati, cioè che si tratta di medicinali della farmacopea ufficiale italiana, di prodotti omeopatici o di fitoterapici

Da sapere che...

- ✓ Per una corretta presentazione dei documenti prendere visione delle "Istruzioni operative" e in particolare dei suoi allegati.
- ✓ Per il rimborso ordinario dei farmaci o degli omeopatici **la prescrizione non deve essere anteriore ai sei mesi dall'acquisto.**
- ✓ I prodotti
 - **allopatici** riportano un codice a barre e un codice alfanumerico: se quest'ultimo inizia con A0 si tratta di farmaco della farmacopea ufficiale italiana;
 - **omeopatici** riportano sulla confezione la dicitura "medicinale/rimedio/prodotto omeopatico".
- ✓ Per ogni persona iscritta i primi 50 Euro di spesa annua per l'acquisto di medicinali (ticket compresi) e prodotti omeopatici presentati in forma ordinaria sono soggetti a franchigia e, pertanto, non vengono rimborsati, ma possono essere integrati dall'ASA qualora il proprio conto sia capiente al momento della verifica documentale.
- ✓ Per acquisti di farmaci ripetibili e/o prodotti omeopatici presentati con ricetta per il rimborso in forma ordinaria, sono rimborsabili **per ogni ricetta** al massimo 5 (cinque) confezioni dello stesso prodotto prescritto. Gli acquisti eccedenti saranno posti come liquidabili in ASA.
- ✓ In caso di acquisto di medicinali generici o equivalenti a quanto prescritto dal medico, il Socio è tenuto a darne comunicazione segnalandolo al momento della presentazione della richiesta di rimborso.
- ✓ Integratori, parafarmaci, prodotti per l'igiene, prodotti per celiaci, latte per neonati non sono rimborsabili in alcuna forma.
- ✓ Sono escluse dal rimborso le spese postali sostenute per l'acquisto di vaccini preparati su prescrizione medica da laboratori specializzati.
- ✓ Per acquisti di prodotti farmaceutici all'estero si richiede oltre alla prescrizione medica indicante il medicinale anche un documento di spesa rilasciato dal farmacista con nominativo del paziente, la natura dell'acquisto ("farmaco" o "medicinale"), qualità (nome del farmaco) e quantità (circolare AdE 34/E del 4 aprile 2008, paragrafo 6.1). Nel caso in cui il farmacista estero abbia rilasciato un documento di spesa da cui non risultino le predette informazioni, le stesse

potranno essere indicate con apposita attestazione rilasciata dalla farmacia (simile alla fattura) o riportate a mano dal farmacista sullo stesso documento di pagamento. Il medicinale acquistato all'estero è rimborsabile solo se il prodotto e/o il principio attivo del farmaco acquistato è presente anche nella farmacopea ufficiale italiana dell'AIFA.

- ✓ Fare attenzione nel fotocopiare o scannerizzare flaconi e contenitori di medicinali e/o prodotti omeopatici: deve essere evidente il nome del prodotto e il codice a barre presente sulla confezione;
- ✓ Non sono rimborsabili spese sostenute precedentemente alla prescrizione.

SPESE DENTARIE

Il Fondo eroga un sussidio con un massimale annuo di 3000 euro per iscritto, per spese dentarie sostenute secondo le seguenti regole:

- il 60% della spesa per le prestazioni inserite nel Tariffario Spese Dentarie di cui all'allegato F, fino al corrispondente importo massimo ivi previsto;
- il 60% della spesa sostenuta per le tutte le altre spese dentarie non ricomprese nell'allegato F (Tariffario) escluse quelle di carattere estetico;
- più eventuale integrazione o rimborso ASA qualora il proprio conto sia capiente al momento del controllo per la liquidazione.

Spese rimborsabili in forma ordinaria (e forma mista)

Spese odontoiatriche (cod. D04)

- Spese previste: (si veda il modulo cure dentarie allegato G)
- visite e diagnostica **(cod. D54)**
 - esami radiologici e strumentali **(cod. D51)**
 - ablazione **(cod. D52; D53)**
 - chirurgia/interventi chirurgici odontoiatrici **(D61; D62)**
 - paradontologia,
 - endodonzia
 - conservativa (es. otturazioni, devitalizzazioni, ecc.) **(cod. D56; D57; D60)**
 - protesi
 - implantologia
 - ortognatodonzia e terapie gnatologiche

Documentazione: fattura sanitaria del medico dentista o del Centro Dentistico unitamente alla scheda per cure dentarie (predisposta sul modulo del Fondo, allegato G al presente Manuale) debitamente compilata nella seconda parte e sottoscritta dal medico curante con la descrizione dettagliata e costo delle singole prestazioni odontoiatriche.

Spese odontoiatriche per casi di cure con apparecchi odontoiatrici (cod. D32)

Spese previste: pagamenti eseguiti in forma rateale con preventivo che prevede diversi acconti e saldo finale per cure con apparecchi odontoiatrici con spesa consistente e prolungata nel tempo.

Documentazione: seguire il seguente iter per richiesta di questi rimborsi

- all'inizio delle cure presentare
 1. la prima fattura di acconto
 2. il preventivo firmato dal medico-dentista con
 - a. **descrizione dell'intero programma** di lavoro da eseguire,
 - b. **la spesa prevista**

c. **tempistica** (anche presunta) di esecuzione dei lavori.
Non si richiede la compilazione della scheda cure dentarie alla prima presentazione.

- gli acconti dovranno essere presentati con i seguenti documenti:
 1. fattura;
 2. **scheda per cure odontoiatriche** (allegato G) compilata nella prima parte (non compilare la seconda parte);
 3. e si consiglia di allegare sempre copia del preventivo.
- alla fine delle cure, dovranno essere presentati i seguenti documenti:
 1. **fattura di saldo**
 2. **scheda per cure odontoiatriche** (allegato G) debitamente compilata e sottoscritta dal medico curante con il riepilogo finale degli acconti versati e l'indicazione della fattura di saldo (voce della scheda 4.099);
 3. e si consiglia di allegare copia del preventivo.

Da sapere che...

- ✓ I documenti di spesa validi sono descritti in "Informazioni generali".
- ✓ 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. Per il rimborso, quindi, 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.
- ✓ Le fatture per panoramiche o radiografie endorali non emesse da dentisti perché le prestazioni sono state resi da centri medici diversi, 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 importi dettagliati nei casi presenti nell'elenco dell'allegato F. Tutte le altre spese dentarie vanno indicate, quindi senza alcun dettaglio, nel codice generico di "cure dentarie" (cod. D04).

INTERVENTI CHIRURGICI ESEGUITI ANCHE AMBULATORIALMENTE

Il Fondo eroga un sussidio per piccoli e medi interventi chirurgici¹⁰, eseguiti anche ambulatorialmente, compreso il parto cesareo, pari al **70% della spesa** sostenuta con un massimale annuo di 7.000 Euro per iscritto (per la procreazione medicalmente assistita il massimale rimborsabile è di euro 3.500 biennale) più eventuale integrazione o rimborso ASA qualora il proprio conto sia capiente al momento del controllo per la liquidazione.

Spese rimborsabili in forma ordinaria (e forma mista)

Interventi chirurgici (con o senza degenza) (cod. R05)

Spese previste: interventi non compresi nelle codifiche successive e non previsti come Grandi Interventi.

Documentazione: Cartella clinica oppure prescrizione medica con indicazione della patologia e tipo di l'intervento oppure lettera di dimissioni unitamente a fatture/ricevute sanitarie dettagliate ed emesse dai singoli professionisti

¹⁰ Gli interventi chirurgici odontoiatrici rientrano tra le "Spese dentarie".

o dai Centri con il dettaglio delle prestazioni effettuate.

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.

In caso di evento traumatico è necessario produrre idonea documentazione oggettiva del trauma (es. referto del Pronto Soccorso, esami diagnostici, ecc.).

Spese di carattere chirurgico dermatologico (cod. R35)

Spese previste: interventi chirurgici dermatologici, anche ambulatoriali, non di carattere estetico.

Documentazione: Cartella clinica oppure prescrizione medica con indicazione della patologia e tipo di l'intervento oppure lettera di dimissioni unitamente a fatture/ricevute sanitarie dettagliate ed emesse dai professionisti o dai Centri con il dettaglio delle prestazioni effettuate.

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.

In caso di evento traumatico è necessario produrre idonea documentazione oggettiva del trauma (es. referto del Pronto Soccorso, esami diagnostici, ecc.).

Parto spontaneo o cesareo (cod. R36)

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

Documentazione: 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.

Interventi chirurgici collegati ad una malattia oncologica (cod. 38)

Spese previste: interventi oncologici non compresi nell'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici o ad essi collegati.

Documentazione: Cartella clinica oppure prescrizione medica con indicazione della patologia e tipo di l'intervento oppure lettera di dimissioni unitamente a fatture/ricevute sanitarie dettagliate ed emesse dai singoli professionisti o dai Centri con il dettaglio delle prestazioni effettuate.

Prestazioni di procreazione medicalmente assistita (cod. R37)

Spese previste: se eseguite in Italia sono rimborsabili le spese sostenute comprese visite, accertamenti, trattamenti, trasferimento ovuli/embrioni e impianto chirurgico embrionale. Sono escluse le spese per la crioconservazione dei gameti maschili e femminili, la conservazione del cordone ombelicale e le prestazioni inerenti alla fecondazione eterologa. Per la fecondazione medicalmente assistita eseguita all'estero è necessaria una particolare documentazione e la prestazione deve essere eseguita in modo conforme alle normative italiane.

Documentazione: documento di spesa con esplicito dettaglio della tipologia di spesa e loro costo se le prestazioni sono eseguite in Italia.

Per prestazioni eseguite all'estero oltre ai documenti di spesa dettagliati e con traduzione italiana rilasciati da un Ente medico del Paese estero anche una dichiarazione di un medico specializzato italiano dalla quale risulti che la prestazione eseguita è conforme ai trattamenti eseguiti dalla norma italiana.

Spese rimborsabili solo in forma ASA

Procreazione medicalmente assistita solo ASA (cod. 52) (escluso quanto previsto al cod. R37)

Spese previste: spese sostenute per prestazioni di procreazione medicalmente assistita eseguite in Italia, 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).

Documentazione: documenti di spesa con esplicito dettaglio della tipologia di spesa e loro costo se la/e prestazione/i se lì intervento è eseguito in Italia.

Se la prestazione è eseguita da centro estero: documenti di spesa dettagliati rilasciati da un Ente medico del Paese estero con traduzione accompagnati da una dichiarazione di un medico specializzato italiano dalla quale risulti che la prestazione eseguita è conforme ai trattamenti eseguiti dalla norma italiana

Prelievo e conservazione del cordone ombelicale (cod. 53) o del sangue, di cellule staminali per finalità terapeutiche in presenza di patologie in atto (solo ASA)

Spese previste: prestazioni di prelievo e **conservazione del sangue, delle cellule staminali o del cordone ombelicale**, o meglio (come definito dalla legge) le spese per la *“crio conservazione 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.

Documentazione: 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 - solo ASA (cod. 54) (parte residua dell'Assistenza Diretta)

Spese previste: 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®

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

Da sapere che...

- ✓ I documenti di spesa validi sono descritti in "Informazioni generali".
- ✓ 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".
- ✓ 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 I).

OCCHIALI E LENTI

Il Fondo eroga un sussidio per l'acquisto di lenti e montature¹¹ per occhiali da vista e lenti corneali pari al 70% della spesa sostenuta con un massimale annuo di 350 Euro per iscritto. È possibile l'integrazione o rimborso ASA qualora il proprio conto sia capiente al momento del controllo per la liquidazione, per la quota di spesa non rimborsata e in caso di superamento dei massimali.

Spese rimborsabili in forma ordinaria (e forma mista)

Occhiali e lenti (cod. 07):

Spese previste: acquisto di lenti da vista senza montatura e occhiali da vista unitamente alla montatura e di lenti corneali.

Documentazione: per ogni richiesta è necessario presentare

- **Fattura o scontrino "parlante"** con esplicita indicazione dell'aliquota IVA applicata o con indicazione sullo scontrino di "prodotto con marcatura CE".
- **Modulo di acquisto occhiali (allegato L)** predisposto dal Fas e compilato in ogni sua parte dall'ottico

oppure, anziché il modulo di acquisto occhiali,

- **Visus** rilasciato esclusivamente dal centro ottico dove si acquistano gli occhiali o le lenti **contestualmente alla fattura**;
- Dichiarazione di conformità **rilasciata dall'ottico relativa agli occhiali da vista su misura**.
- Per le **lenti corneali non acquistate presso l'ottico** (es. on line) se non è possibile far compilare il modulo previsto (allegato L), allegare al documento di spesa un visus recente (massimo un anno) di ottico/oculista e la parte della confezione delle lenti con l'indicazione della gradazione delle lenti e il simbolo della marcatura CE.

¹¹ In caso di rottura o cambio della montatura con lenti da vista in uso il rimborso è previsto solo in ASA come dispositivo medico (cod.50).

- Per gli **occhiali acquistati on line** (se non è possibile far compilare il modulo previsto allegato L) allegare la fattura, intestata al destinatario degli occhiali, un visus recente (massimo un anno) di ottico/oculista e la dichiarazione di conformità riportante anche la gradazione delle lenti e il simbolo della marcatura CE.

Da sapere che...

- ✓ I documenti di spesa validi sono descritti in “Informazioni generali”.
- ✓ La dichiarazione di conformità è un documento che accompagna tutti i dispositivi medico/sanitari e riporta i dati della montatura o delle lenti acquistate (fabbricante, modello, calibro ecc.), dell'utilizzatore del prodotto acquistato e della conformità del dispositivo alla direttiva 93/42 CEE.
- ✓ Acquisti di occhiali o lenti via internet vengono rimborsati in ASA come dispositivi medici a meno che la fattura riporti il visus dell'acquirente che deve corrispondere al visus emesso da un oculista/ottico nel corso dell'anno o negli ultimi sei mesi.
- ✓ Gli occhiali da vista comprensivi di montatura e riportano l'IVA al 4%.

DISPOSITIVI MEDICI: PROTESI, AUSILI E PRESIDI

Il Fondo eroga un sussidio pari al 70% della spesa sostenuta con un massimale biennale di 4.000 Euro per iscritto più eventuale integrazione o rimborso ASA su dispositivi non rimborsabili in via ordinaria qualora il proprio conto sia capiente al momento del controllo per la liquidazione, per le spese di seguito descritte.

Spese rimborsabili in forma ordinaria (e forma mista)

Protesi, ausili e presidi (co. 08)

Spese previste: solo 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

Documentazione: fattura da cui si evinca il prodotto acquistato, il beneficiario e l'Iva applicata (se trattasi di acquisto l'IVA accettata è quella agevolata cioè 4%) accompagnata da

- 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;
- 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).

Spese rimborsabili solo in forma ASA

Dispositivi medici con marcatura CE (cod. 50) rimborsabili solo in ASA

Spese previste: sono i prodotti, le apparecchiature e le strumentazioni acquistati o noleggiati che rientrano nella definizione di dispositivo medico contenuta negli articoli 1, comma 2, dei tre decreti legislativi di settore (decreti legislativi n. 507/92 n. 46/97 n. 332/00), e che sono dichiarati conformi, con dichiarazione/certificazione di conformità, in base a dette normative 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

Documentazione: fattura/scontrino parlante con indicazione del prodotto acquistato o noleggiato e che trattasi di prodotto 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).

Da sapere che...

- ✓ 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.
- ✓ Gli ausili antidecubito devono prevedere nella prescrizione la necessità del dispositivo per paziente allettato.
- ✓ Rialzi e alzatacchi anche se costruiti su misura sono rimborsabili solo in ASA
- ✓ L'acquisto di occhiali e lenti da vista senza la documentazione di cui al cod.07 verrà rimborsato come dispositivo medico cod. 50.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA E SOCIO-SANITARIA

Il Fondo eroga un sussidio con il massimale annuo complessivo di Euro 2.500 per iscritto ed eventualmente l'integrazione/rimborso ASA qualora il proprio conto sia capiente al momento del controllo per la liquidazione, per le seguenti prestazioni assistenziali.

Spese rimborsabili in forma ordinaria (e forma mista)

Assistenza Infermieristica (cod. 20)

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

Documentazione: fattura/ricevuta sanitaria rilasciata da un infermiere professionista con il dettaglio delle prestazioni effettuate; attestazione (anche da parte di chi ha emesso la fattura) la motivazione per cui si è resa necessaria la prestazione. Il sussidio ordinario è pari al 70% della spesa sostenuta.

Assistenza Socio-Sanitaria (cod. 21 o 34)

Spese previste: 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.

Documentazione: documentazione comprovante la spesa mensile sostenuta e il livello retributivo 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. Il sussidio ordinario è pari al 70% della spesa sostenuta con un massimo pari al 50% dell'indennità di accompagnamento percepita.

Spese rimborsabili solo in forma ASA

Ambulanza o eliambulanza per motivi di urgenza (cod. 35)

Spese previste: trasporto a pagamento con mezzi di soccorso.

Documentazione: fattura dettagliata.

Da sapere che...

- ✓ 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.
- ✓ In caso di prestazioni socio-sanitarie (cod.21 o 34) 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.

RETTE DI DEGENZA

Il Fondo eroga un sussidio con il massimale annuo complessivo di Euro 2.500 per iscritto ed eventualmente l'integrazione/rimborso ASA qualora il proprio conto sia capiente al momento del controllo per la liquidazione, per le seguenti prestazioni

Spese rimborsabili in forma ordinaria (e forma mista)

Rette di degenza in casa di riposo o in strutture di lungodegenza (cod. 23)

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

Documentazione: oltre alla fattura dell'Istituto, copia del certificato INPS riportante l'importo mensile, in corso di erogazione, dell'indennità di accompagnamento. Il sussidio ordinario è pari al 70% della spesa sostenuta con un massimo pari al 50% dell'indennità di accompagnamento percepita.

Rette di degenza (cod. 26)

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

Documentazione: prescrizione medica o certificato di ricovero o 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. Il sussidio ordinario è pari al 70% della spesa sostenuta con un massimo di 120 euro a notte.

Spese rimborsabili solo in forma ASA

Altri interventi chirurgici - solo ASA (cod. 54) (parte residua dell'Assistenza Diretta)

Spese previste: 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®

Documentazione: fattura dettagliata con allegato documento che attesti la quota pagata da Previmedical® o numero/protocollo pratica diretta Previmedical® presente nella propria Area Personale Socio.

Da sapere che...

- ✓ 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 notte di ricovero e su tale importo verrà calcolato il rimborso ordinario.

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (COD. 99)

Il Fondo eroga un sussidio pari al **100% della spesa** sostenuta solo ed esclusivamente per gli interventi chirurgici c.d. "grandi" (vedasi allegato H) con un massimale annuo di 25.000 Euro per iscritto.

Spese rimborsabili esclusivamente in forma ordinaria

Spese previste: spese sostenute nel periodo della degenza per Grandi Interventi Chirurgici come previsto dall'elenco dell'allegato H.

Documentazione: presentare il/i documento/i di spesa e la cartella clinica. Queste tipologie di spesa vanno presentate con il modulo cartaceo apposito presente nel sito on line nell'area dei documenti del Fas.

Da sapere che...

- ✓ L'eventuale maggiore spesa sostenuta, con un massimale annuo complessivo di 130.000 euro per evento e per nucleo familiare, 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 la quota a carico del Socio) per **tutti i cosiddetti Grandi Interventi Chirurgici (vedasi allegato H)** 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 I).
- ✓ Per avere una valutazione previa per chi non usufruisce della convenzione con Previmedical® è possibile inviare al FAS una prescrizione medica con tipologia, motivo e modalità dell'intervento da eseguire.

La valutazione, che non è vincolante per il FAS né per la compagnia assicuratrice, verrà vagliata assieme alla Commissione Medica della Compagnia Assicuratrice. La valutazione finale viene eseguita solo in presenza della cartella clinica.

ALLEGATI

NOMENCLATORI

RIMBORSABILI DAL FAS

NOMENCLATORE 1: VISITE SPECIALISTICHE
Visita allergologica
Visita algologica
Visita andrologica
Visita anestesiologicala
Visita angiologica (con prescrizione MMG/medico di base con motivazione/patologia)
Visita antalgica (non ripetuta)
Visita antalgica (ripetuta - con prescrizione medica con motivazione/patologia)
Visita audiologica
Visita auxologica
Visita cardiocirurgica
Visita cardiologica
Visita chirurgica (con patologia/motivazione)
Visita chirurgica oro-maxillo-facciale
Visita chirurgica pediatrica
Visita chirurgica plastica ricostruttiva e/o non di carattere estetico (in caso di dubbi sulla natura della visita, il FAS si riserva di chiedere ulteriore documentazione)
Visita chirurgica toracica
Visita chirurgica vascolare
Visita dermatologica (con patologia/motivazione – anche in allegato)
Visita di medicina nucleare
Visita diabetologica
Visita dietologica (con BMI/IMC secondo i parametri previsti o per anoressia, bulimia e obesità) (capitolo spesa RIEDUCAZIONE ALIMENTARE)
Visita dietologica, nutrizionistica, dietistica, scienze dell'alimentazione, presso biologi, biologi dell'alimentazione ecc. (con BMI/IMC secondo i parametri previsti o per anoressia, bulimia e obesità) (capitolo spesa RIEDUCAZIONE ALIMENTARE)
Visita ematologica
Visita endocrinologica
Visita endoscopica
Visita epatologica
Visita farmacologica
Visita fisiatrice
Visita foniatrice
Visita gastroenterologica
Visita genetica
Visita geriatrica
Visita ginecologica
Visita ginecologica e pap-test
Visita idrologica (con patologia/motivazione)
Visita immunologica
Visita infettivologica
Visita internistica (con patologia/motivazione)
Visita medicina interna (con patologia/motivazione)
Visita nefrologica
Visita neonatologica
Visita neurochirurgica
Visita neurologica
Visita neuropsichiatria infantile
Visita oculistica

Visita odontostomatologica (se effettuata da odontostomatologo o chirurgo maxillo-facciale)
Visita oncologia medica
Visita oncoematologica
Visita ortopedica
Visita ortottica (se eseguita da oculista o da ortottico in concomitanza con visita oculistica)
Visita osteometabolica
Visita ostetrica
Visita otorinolaringoiatrica (ORL)
Visita otorinolaringoiatrica e fibroscopia nasale
Visita patologia generale
Visita pediatria
Visita pneumologica
Visita proctologica
Visita di radiologia interventistica di controllo/radiologica
Visita radioterapica
Visita reumatologica
Visita senologica
Visita stomatologica
Visita tossicologica
Visita urologica
Visita vestibologica/vestibolare

NOMENCLATORE 2: VISITE RIMBORSABILI SOLO IN ASA

Visite non estetiche e che non rispondono alle condizioni previste dal Nomenclatore 1
Certificati medici (sport, patente, idoneità varie, certificazioni e visite legali)
Visita angiologica (senza prescrizione MMG/medico di base con motivazione/patologia)
Visita antalgica (ripetuta - senza prescrizione medica con motivazione/patologia)
Visita dermatologica (senza patologia/motivazione)
Visita dietologica (senza BMI/IMC secondo i parametri previsti o per anoressia, bulimia e obesità)
Visita dietologica, nutrizionistica, dietistica, scienze dell'alimentazione, presso biologi, biologi dell'alimentazione ecc. (senza BMI/IMC secondo i parametri previsti o per anoressia, bulimia e obesità)
Visite flebologiche
Visita idrologica (senza patologia/motivazione)
Visita internistica (senza patologia/motivazione)
Visita medicina interna (senza patologia/motivazione)
Visita tricologica (con indicazione patologia/motivazione - da parte del medico/centro - anche in allegato)

NOMENCLATORE 3: PRESTAZIONI PSICOTERAPIA

Visita/seduta psicologica clinica
Visita/seduta psicanalitica
Visita/seduta psichiatrica
Interventi terapeutici come da elenco erogati da psicologi/psicoterapeuti
Analisi transazionale
Automotivazione
Ipnoterapia
Psicoanalisi
Psicodiagnostica
Psicodramma

Psicologia clinica
 Psicologia dell'emergenza
 Psicologia dello sport
 Psicologia di comunità
 Psicosomatica
 Psicotecnica
 Psicoterapia
 Psicoterapia con la procedura immaginativa
 Psicoterapia della Gestalt
 Psicoterapia transpersonale
 Psicoterapie corporee
 Riabilitazione neuropsicologica
 Terapia breve strategica
 Terapia cognitiva
 Terapia cognitivo-comportamentale
 Terapia comportamentale
 Terapia di gruppo (per il singolo)
 Terapia familiare (secondo le condizioni del FAS in "informazioni generali")

NOMENCLATORE 4: TRATTAMENTI E TERAPIE

Aerosolterapia
Agopuntura (limitatamente a trattamenti antalgici)
Autoemoterapia
Bendaggio funzionale - taping
Bilancio articolare e muscolare
Chinesiterapia manuale attiva o passiva
Chinesio-taping (limitatamente a trattamenti antalgici)
Chiropratica
Chiroterapia
Coppettazione (o Cupping Therapy) (limitatamente a trattamenti antalgici)
Correnti interferenziali
Crenoterapia
Crioterapia
Diadinamica
Drenaggio linfatico manuale / linfodrenaggi in casi oncologici
Elettrosonoterapia
Elettrostimolazioni
Ergoterapia (terapia occupazionale)
Esercizi foniatrici e logopedia
Esercizi ortottici e prestazioni ottiche (eseguiti da oculisti)
Esercizi ortottici e prestazioni ottiche (eseguiti da ortottici)
Esercizi posturali
Faradoterapia
Fibrolisi (o croquettages)

Fotochemioterapia
Fototerapia
Galvanica terapia
Ginnastica correttiva
Ginnastica medica (non a scopo estetico), segmentaria, propriocettiva, respiratoria
Ginnastica medica correttiva
Ginnastica in piscina individuale
Ginnastica posturale
Idrokinesiterapia
Idromassochinesiterapia individuale
Idrogalvano terapia
Idromassoterapia
Inalazioni
Infiltrazioni articolari con acido ialuronico per situazioni di gravità
Infiltrazioni di fattori di crescita piastrinici (sostanza infiltrata non rimborsabile)
Infrarossi
Iniezioni eseguite da personale sanitario non a fini estetici
Inserimento IUD (non necessaria prescrizione medica, ma la prestazione deve essere eseguita da medico o da centro specializzato)
Insufflazioni endotimpaniche
Interferenziale elettroterapia
Ionoforesi
Ipertermia
Ippoterapia /pet-therapy per minore con handicap
Irrigazioni nasali
Isocinetica riabilitazione
Kinesiterapia (rieducazione motoria)
Laserterapia
Logoterapia/Logopedia
Magnetoterapia
Magnetoterapia (qualsiasi tipo-es. Biostim, Campi ElettroMagnetici Pulsati CEMP ecc.)
Manipolazioni vertebrali
Manipolazioni, mobilizzazioni o trazioni vertebrali
Manu medica
Marconiterapia
Marconiterapia (Diatermia con onde corte)
Massaggio strumentale - riflessogeno - terapeutico tradizionale...
Massaggio termico alle palpebre (solo per ostruzione al canale lacrimale)
Massochinesiterapia (uno o più distretti)
Massoterapia
Massoterapia distrettuale
Massoterapia generale
Meccanoterapia
Medicazioni (anche senza prescrizione medica ma con indicazione del motivo/patologia)
Mobilizzazioni articolari
MOXA (limitatamente ai trattamenti antalgici)

Onde d'urto
Ossigeno-Ozono iniezione locale antalgica
Ossigeno-Ozono terapia
Ossigenoterapia
Osteopatia (se eseguita da professionista sanitario riconosciuto)
Paraffinoterapia
Prestazioni ortottiche
Psicomotricità (solo se eseguita da professionisti sanitari)
PST - Terapia a Segnali Pulsanti
Radarterapia
Radarterapia (Diatermia a microonde)
Reflessoterapia
Reflessoterapia massoterapia distrettuale riflessogena
Riabilitazione cardiologica
Riabilitazione neuromotoria
Riabilitazione pelvi-perineale (elettrostimolazione e biofeedback)
Riabilitazione pelvica
Riabilitazione pneumologica o respiratoria
Riabilitazione post-operatoria - post- traumatica
Rieducazione funzionale
Rieducazione neuromotoria
Rimozione punti (anche senza prescrizione medica ma con indicazione del motivo/patologia)
Roentgenterapia
Sistema Riattivazione Enzimatica SRE
SIS Sistema Super Induttivo (limitatamente a trattamenti antalgici)
Sonoforesi o Fonoforesi o Ultrasuonoforesi
Tecarterapia
Tens
Terapia antalgica
Terapia del dolore
Terapia rieducativa minzionale
Terapia vestibolare (orl)
Terapie e prestazioni podologiche
Terapie vaccinali
Termoterapia
Test isocinetico
Trattamenti podologici
Trazioni vertebrali - meccaniche - cervicali - lombosacrali
Ultrasuoni (a contatto - ad immersione)
Ultravioletti o applicazione PUVA (solo per psoriasi e micosi fungoide)
Vaccinazioni
Vacuumterapia
Vasculoterapia occlusiva
Ventiloterapia
Vertoterapia manu medica

NOMENCLATORE 5: RIEDUCAZIONE ALIMENTARE

Visita dietologica (con BMI/IMC secondo i parametri previsti* o per anoressia, bulimia e obesità) con un massimo di 12 sedute per anno solare

Visita nutrizionistica, dietistica, scienze dell'alimentazione, presso biologi, biologi dell'alimentazione, dietisti ecc. (con BMI/IMC secondo i parametri previsti* o per anoressia, bulimia e obesità) con un massimo di 12 sedute per anno solare

NOMENCLATORE 6**TERAPIE/PRESTAZIONI RIMBORSABILI SOLO IN ASA**

(nei casi sopra descritti a pg. 8 e/o escluse dal rimborso ordinario)

Aerosolterapia
Agopuntura
Autoemoterapia
Bendaggio funzionale - taping
Bilancio articolare e muscolare
Biorivitalizzazione
Biostimolazione
Carbossiterapia
Chinesio-taping (limitatamente a trattamenti antalgici)
Chinesiterapia manuale attiva o passiva
Chiropratica
Chiroterapia
Coppettazione (o Cupping Therapy) (limitatamente a trattamenti antalgici)
Correnti interferenziali
Crenoterapia
Crioterapia
Diadinamica
Drenaggio linfatico manuale
Elettrosonoterapia
Elettrostimolazioni
Ergoterapia (terapia occupazionale)
Esercizi foniatrici e logopedia
Esercizi ortottici e prestazioni ottiche (eseguiti da ortottici)
Esercizi posturali
Faradoterapia
Fibrolisi (o croquettages)
Fleboterapia (sclerosante)
Fotochemioterapia
Fototerapia
Galvanicaterapia - idrogalvanoterapia
Ginnastica correttiva
Ginnastica in piscina individuale
Ginnastica medica (non a scopo estetico), segmentaria, propriocettiva, respiratoria
Ginnastica medica correttiva
Ginnastica posturale
Idrocolonterapia
Idrokinesiterapia
Idromassochinesiterapia individuale
Idromassoterapia
Inalazioni
Infiltrazioni articolari con acido ialuronico (escluso gravità)
Infiltrazioni articolari non con acido ialuronico (escluso gravità)

Infiltrazioni di fattori di crescita piastrinici (sostanza infiltrata non rimborsabile)
Infrarossi
Iniezioni eseguite da personale sanitario non a fini estetici
Insufflazioni endotimpaniche
Interferenziale elettroterapia
Ionoforesi
Ipertermia
Ippoterapia /pet-therapy
Irrigazioni nasali
Isocinetica riabilitazione
Kinesiterapia (rieducazione motoria)
Laser vascolare
Laserterapia
Linfodrenaggio
Liposuzione
Logoterapia/Logopedia
Magnetoterapia
Magnetoterapia (qualsiasi tipo-es. Biostim, Campi ElettroMagnetici Pulsati CEMP ecc.)
Manipolazioni vertebrali
Manipolazioni, mobilizzazioni o trazioni vertebrali
Manu medica
Marconiterapia
Marconiterapia (Diatermia con onde corte)
Massaggio strumentale - riflessogeno - terapeutico tradizionale...
Massaggio termico alle palpebre (solo per ostruzione al canale lacrimale)
Massochinesiterapia (uno o più distretti)
Massoterapia
Massoterapia distrettuale
Massoterapia generale
Meccanoterapia
Medicazioni
Mesoterapia (medicinale compreso)
Mobilizzazioni articolari
MOCA/MOKA
MOXA (limitatamente ai trattamenti antalgici)
Onde d'urto
Ossigeno-Ozono iniezione locale antalgica
Ossigeno-Ozono terapia
Ossigenoterapia
Osteopatia (se eseguita da professionista sanitario riconosciuto)
Paraffinoterapia
Peeling
Pilates (esibendo fattura sanitaria)
Pompages (esibendo fattura sanitaria)
Pressoterapia
Prestazioni (visite e terapie) eseguite da dietologi, biologi dell'alimentazione, nutrizionisti non indicanti il BMI/IMC
Prestazioni ortottiche
Psicomotricità (solo se eseguita da professionisti sanitari)
PST - Terapia a Segnali Pulsanti
Radarterapia
Radarterapia (Diatermia a microonde)
Reflessoterapia
Reflessoterapia massoterapia distrettuale riflessogena
Riabilitazione cardiologica
Riabilitazione neuromotoria
Riabilitazione pelvica

Riabilitazione pelvi-perineale (elettrostimolazione e biofeedback)
Riabilitazione pneumologica o respiratoria
Riabilitazione post-operatoria - post- traumatica
Rieducazione funzionale
Rieducazione neuromotoria
Roentgenterapia
Sclerosanti o similari / sclero mousse
SIS Sistema Super Induttivo (limitatamente a trattamenti antalgici)
Sistema Riattivazione Enzimatica SRE
Sonoforesi o Fonoforesi o Ultrasuonoforesi
Tecarterapia
Tens
Terapia antalgica
Terapia del dolore
Terapia rieducativa minzionale
Terapia vestibolare (orl)
Terapie e prestazioni podologiche
Terapie termali non accompagnate dalla prescrizione del medico termale
Terapie vaccinali
Termoterapia
Test isocinetico
Trattamenti e terapie alle varici (esclusi interventi chirurgici)
Trattamenti e terapie laser per acne
Trattamenti e terapie laser per follicolite
Trattamenti e terapie laser per iperidrosi
Trattamenti e terapie laser per irsutismo
Trattamenti e terapie laser per rosacea
Trattamenti e terapie laser per vitiligine
Trattamenti per aderenze cicatriziali
Trattamenti podologici
Trazioni vertebrali - meccaniche - cervicali - lombosacrali
Ultrasuoni (a contatto - ad immersione)
Ultravioletti o applicazione PUVA (solo per psoriasi e micosi fungoide)
Vaccinazioni
Vacuumterapia
Vasculoterapia occlusiva
Ventiloterapia
Vertoterapia manu medica
Vibromassaggi

ELENCO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E LE ARTI AUSILIARIE

RICONOSCIUTE DAL MINISTERO DELLA SALUTE

1. PROFESSIONI SANITARIE

	Principali rif. normativi
Farmacista	D. Lgs. 08.08.1991, n. 258
Medico chirurgo	D. Lgs. 17.08.1999, n. 368
Odontoiatra	L. 24.07.1985, n. 409
Psicologo	L. 18.02.1989, n. 56

2. PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA

	Principali rif. normativi
Infermiere	D.M. 14.09.1994, n. 739 Direttive comunitarie 77/452/CEE e 77/453/CEE L. 18.12.1980, n. 905
Ostetrica /o	D.M. 14.09.1994, n. 740 Direttive comunitarie 80/154/CEE e 80/155/CEE L. 13.06.1985, n. 296
Infermiere Pediatrico	D.M. 17.01.1997, n. 70

3. PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE

	Principali rif. normativi
Podologo	D.M. 14.09.1994, n. 666
Fisioterapista	D.M. 14.09.1994, n. 741
Logopedista	D.M. 14.09.1994, n. 742
Ortottista – Assistente di Oftalmologia	D.M. 14.09.1994, n. 743
Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva	D.M. 17.01.1997, n. 56
Tecnico Riabilitazione Psichiatrica	D.M. 29.03.2001, n.182
Educatore Professionale	D.M. 08.10.1998, n.520

4. PROFESSIONI TECNICO SANITARIE

A. Area Tecnico - diagnostica	Principali rif. normativi
Tecnico Audiometrista	D.M. 14.09.1994, n. 667
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	D.M. 14.09.1994, n. 745
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	D.M. 14.09.1994, n. 746
Tecnico di Neurofisiopatologia	D.M. 15.03.1995, n. 183
B. Area Tecnico – assistenziale	Principali rif. normativi
Tecnico Ortopedico	D.M. 14.09.1994, n. 665
Tecnico Audioprotesista	D.M. 14.09.1994, n. 668

Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare	D.M. 27.07.1998, n. 316
Igienista Dentale	D.M. 15.03.1999, n. 137
Dietista	D.M. 14.09.1994, n. 744
PROFESSIONI TECNICHE DELLA PREVENZIONE	
Assistente Sanitario	D.M. 17.01.1997, n. 69
OPERATORE DI INTERESSE SANITARIO	Principali rif. normativi
Masso-fisioterapista	Legge 403/71 Art.1 c.2 Legge 1 febbraio 2006 n. 43

ARTE SANITARIA AUSILIARIA	Principali rif. normativi
Ottico	R.D.31.05.1928, n. 1334, art. 12.
Odontotecnico	R.D.31.05.1928, n. 1334, art. 11.

ALTRE FIGURE*	Principali rif. normativi
Operatore socio-sanitario	Acc. Stato-Regioni 22.02.2001 G.U. 19.04.2001, n.91
Massaggiatore capo bagnino stabilimenti idroterapici	R.D.31.05.1928, n. 1334, art. 1

* Le prestazioni degli operatori socio-sanitari e dei massaggiatori capo bagnino non sono rimborsabili in via ordinaria salvo che siano iscritti ad un albo professionale sanitario.

ALLEGATO C

ELENCO DEGLI ORDINI PROFESSIONALI SANITARI

AGGIORNAMENTO GENNAIO 2022

Vengono riportati alcuni dei principali ordini professionali sanitari e il rispettivo link per la verifica dei professionisti iscritti all'albo.

Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri

- <https://portale.fnomceo.it/cerca-prof/index.php>

Federazione Nazionale Ordini Farmacisti Italiani

- <https://www.fofi.it/>

Federazione Nazionale Ordini professioni Infermieristiche FNOPI

- <https://www.fnopi.it/gli-ordini-provinciali/ricerca-albo/>

Federazione Nazionale della professione ostetrica FNOPO

- <http://fnopo.it/>

Federazione Nazionale Ordini dei TSRM e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione

- <https://www.tsrn.org/>

Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi

- https://areariservata.psy.it/cgi-bin/areariservata/albo_nazionale.cgi

ALLEGATO D

ELENCO ALFABETICO DI VISITE, TERAPIE E PRESTAZIONI PRESENTI NEI NOMENCLATORI FAS

IN FASE DI LAVORAZIONE

SCHEDA PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO FARMACI

(DA INSERIRE NELLA RICHIESTA DI RIMBORSO)

Usare una scheda per ogni ricetta medica

apponendo solo le fustelle e i relativi scontrini dei medicinali descritti nella prescrizione

Nominativo dell'intestatario della prescrizione.

Totale Euro.....

Documentazione da presentare per il rimborso:

1. **prescrizione medica** (pinzare sul retro della scheda la copia della ricetta se si presenta la richiesta cartacea);
2. **documento/i di spesa** (scontrino/i fiscale/i);
3. **fustelle dei farmaci** (massimo 5 acquisti per dello stesso prodotto presente nella prescrizione allegata);
4. **per prodotti omeopatici** nello spazio riservato alle fustelle pinzare parte dell'involucro del farmaco con nome dello stesso e la dicitura rimedio/medicinale omeopatico (massimo 5 acquisti per prodotto presente nella prescrizione allegata);
5. **segnare l'importo totale da liquidare;**

Se si presenta la documentazione cartacea allegare la fotocopia della scheda completa e allegata al modulo di richiesta di rimborso, per la presentazione on line scansionare la scheda.

Per l'acquisto di farmaci con ticket allegare solo scontrino dettagliato con codice fiscale del paziente

spazio per gli scontrini fiscali da pinzare con punto metallico	spazio riservato alle fustelle con codice barre	spazio riservato alle fustelle con codice barre
	spazio riservato alle fustelle con codice barre	spazio riservato alle fustelle con codice barre
	spazio riservato alle fustelle con codice barre	spazio riservato alle fustelle con codice barre
	spazio riservato alle fustelle con codice barre	spazio riservato alle fustelle con codice barre
	spazio riservato alle fustelle con codice barre	spazio riservato alle fustelle con codice barre

TARIFFARIO CURE DENTARIE

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 oclusale 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

Paradontologia

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	

SCHEDA PER SPESE DENTARIE

(da inserire nella richiesta di rimborso)

Si prega il Medico Odontoiatra di compilare la presente scheda che accompagnerà i documenti di spesa del/della sig./sig.ra

Si segnala che la documentazione di spesa allegata alla presente scheda si riferisce (segnare con una X):

- (solo in caso di apparecchi odontoiatrici) fattura di acconto o saldo di un lavoro di ortodonzia dettagliato da preventivo emesso il (si richiede di compilare completamente la scheda relativa alle Prestazioni e al "Riepilogo Acconti") della durata di/fino a.....

ACCONTI per APPARECCHI ODONTOIATRICI		Importo		
4.000	PREVENTIVO DEL		4.005	5° ACCONTO DEL
4.001	1° ACCONTO DEL		4.006	6° ACCONTO DEL
4.002	2° ACCONTO DEL		4.007	7° ACCONTO DEL
4.003	3° ACCONTO DEL		4.008	8° ACCONTO DEL
4.004	4° ACCONTO DEL		4.009	9° ACCONTO DEL
			4.099	FATTURA DI SALDO

- al pagamento per (si prega di compilare il dettaglio delle Prestazioni)

Prevenzione-Visite		Importo singola prestazione	Dettaglio (quantità e numero posizione denti)
4.111/4.112/4.121 (D50)	Valutazione Orale Periodica/Visita di Emergenza (con intervento d'urgenza) /Visita Orale, Visita Specialistica		
4.113/4.114 (D51)	Radiografia Endorale e Occlusale o Bite-wing/Radiografia: per ogni radiogramma in più		
4.115/4.122 (D52)	Profilassi/Ablazione Semplice del Tartaro/Igiene Orale - Adulto		
4.116	Profilassi/Ablazione Semplice del Tartaro - Bambino		
4.117	Applicazione Topica di Fluoro (esclusa profilassi) - Bambino		
4.118 (D53)	Applicazione Topica di Fluoro (esclusa profilassi) - Adulto		

Radiologia

4.131	Rx Antero - Post. - o Lat. Cranio e delle Ossa Facciali		
4.132	Ortopantomografia dentale (OTP)		

Conservativa

4.141 (D56)	Sigillatura (per ogni dente)		
4.142/4.143 (D57)	Otturazione in Composito o Amalgama		

Parodontologia

4.151	Scaling e Levigatura Radici (fino a 6 denti)		
4.152	Legature Dentali Extra-Coronali (4 denti)		
4.153	Gengivectomia (per 4 denti)		
4.154 (D59)	Gengivectomia per dente		
4.155	Lembo Gengivale Semplice per 4 denti		
4.156	Lembo Muco/Geng. Riposiz.Apic./Courett.Cielo aperto (4 denti)		
4.157 (D60)	Rizectomia per Radice (incluso lembo di accesso)		

Endodonzia

4.161	Amputaz. Coron. Polpa e Otturaz. Del Cavo Pulpare (decidui)		
4.162	Terapia End. 1 Canale Radicolare (incluso rad.diagnostica)		
4.163	Terapia End. 2 Canale Radicolare (incluso rad.diagnostica)		
4.164	Terapia End. 3 Canale Radicolare (incluso rad.diagnostica)		

Chirurgia

4.171 (D61)	Estrazione semplice di dente o Radice		
4.172/4.173 (D62)	Estrazione complessa di dente o radice		

Protesica

4.181	Corona Protesica in L.N.P. e ceramica		
4.182	Corona Protesica in L.P. e Ceramica		
4.183	Corona Protesica in Ceramica Integrale		
4.184	Corona Protesica Provvisoria Semplice in Resina		
4.185	Perno Monc./Ric. Con Perno (Fuso/Prefabb./Fibra Carb.)		
4.186/4.187	Protesi Totale in Resina Superiore e/o Inferiore		
4.188/4.189	Protesi Parziale Resina Sup.-Inf. (fino 3 elem.- incl. Ganci)		
4.190/4.191	Scheletrato Lega Stellite (fino 3 elem.)- Arc. Sup.-Inf.		
4.192	Gancio su Scheletrato		
4.193	Riparazione Protesi		
4.194	Aggiunz. Elem. Su Protesi parziale o Elem. Su Schelett.		
4.195/4.196	Ribassatura Definitiva Protesi Tot. Sup./Inf – tecnica indiretta		
4.197/4.198	Ribassatura Protesi Totale Sup./Inf - tecnica diretta		
4.199	Attacco di Precisione in L.N.P.		

Ortognatodonzia

4.201/4.205	Studio del caso/ Visita ortodontica con rilievo impronte mod.studio		
4.202/4.203	Terapia Ort. Appar. Fisse per arcata		
4.204	Terapia Ort. Appar. Mobili o Funz. per Arc. per arcata		
4.206	Byte notturno		

Implantologia

4.216	Impianto osteointegrato (incluso pilastro prefabbricato)		
-------	--	--	--

Altro (per quanto non specificato sopra)

4.301	Altro (specificare)		
4.301	Altro (specificare)		
4.301	Altro (specificare)		

Il sottoscritto dichiara che le prestazioni esposte corrispondono effettivamente a quelle eseguite.

DATA TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Il Fondo Assistenza fra il Personale del Gruppo Banco Popolare si riserva di effettuare controlli sulle cure prestate, avvalendosi anche di sanitari di propria fiducia. Qualora emergano irregolarità, il Fondo si riserva di agire a norma di Legge, Statuto e Regolamento presso le sedi competenti.

ELENCO DEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

COPERTI DALLA POLIZZA N° 100174 DI RBM SALUTE S.P.A.

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi per ernia del disco dorsale e/o per mielopatie di altra natura per via posteriore, laterale o transtoracica
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Interventi di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (int. di ugulotomia) e delle corde vocali (int. di cordectomia)
- Interventi demolitivi della laringe (int. di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

- Mastectomia totale o parziale con svuotamento del cavo ascellare per neoplasia maligna

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomia
- Endarterectomia della arteria carotide e della a. vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totale, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via laparotomica (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatica
- Resezione epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dimetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE CHIRURGICHE

INTERVENTI CHIRURGICI IN "ASSISTENZA DIRETTA" CON ACCESSO AI CENTRI CONVENZIONATI PREVI MEDICAL®

PRIMA DEL RICOVERO:

contattare **preventivamente (almeno 7 prima del ricovero, salvo casi di urgenza)** la **Centrale Operativa** per ricevere l'autorizzazione ad usufruire della prestazione

800.90.14.25 (telefono fisso)

199.28.10.15 (da cellulare: numero a tariffa agevolata)

+39.0422.17.44.079 (dall'estero e da cellulare)

Il Socio deve comunicare alla centrale operativa, eventualmente lasciando un messaggio alla segreteria telefonica:

- 1. identità (cognome e nome), recapito telefonico indicando di essere un socio del Fondo Assistenza del Gruppo Banco Popolare;**
- 2. motivo della chiamata;**
- 3. data della prestazione.**

Inoltre, dovrà **trasmettere via fax (0422.17.44.579)** una **prescrizione medica** con i seguenti elementi: prescrizione della prestazione da effettuare e diagnosi.

La Centrale Operativa, effettuate le necessarie verifiche amministrative e tecnico-mediche, provvede - in caso di esito positivo - ad autorizzare il ricovero con intervento.

AL MOMENTO DEL RICOVERO

l'associato deve esibire l'autorizzazione ricevuta dalla centrale operativa (o il codice di autorizzazione)

DOPO L'INTERVENTO E IL RICOVERO

In caso di pagamento di una parte della prestazione, il socio richiederà alla struttura sanitaria la fattura.

Il Socio pagherà l'eventuale quota a carico dello stesso, la quale se non è compresa nelle prestazioni contemplate e autorizzate da Previmedical® potrà richiederne il rimborso in forma ordinaria, in caso contrario potrà richiederla come rimborso ASA.

Previmedical® provvederà al pagamento al centro dell'eventuale quota a carico del Fondo.

INTERVENTI EFFETTUATI

PRESSO CENTRI NON CONVENZIONATI CON PREVI MEDICAL®

(OVVERO PRESSO CENTRI CONVENZIONATI MA SENZA AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA)

PRIMA DEL RICOVERO:

il Socio si premunirà di certificato medico con diagnosi e prestazioni da effettuare.

Il Socio sceglie la struttura in maniera autonoma.

Qualora la struttura sia convenzionata, ma il socio non chieda l'autorizzazione preventiva alla Centrale Operativa di Previmedical® oppure scelga una struttura non convenzionata, l'intervento dovrà essere pagato dal socio interamente e in seguito lo stesso presenterà la spesa per il rimborso al Fondo.

DOPO L'INTERVENTO E IL RICOVERO:

il Socio richiederà alla struttura la documentazione medica prevista in base alla tipologia di prestazione usufruita e la documentazione di spesa quietanzata.

Per tutti gli interventi chirurgici (esclusi i **GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**) il Socio compila il modulo di rimborso delle spese del Fondo ed invia il modulo e i documenti a:

**Fondo Assistenza fra il Personale
Del Gruppo Banco Popolare,
via Meucci 5 - 37135 Verona**

Sez. liquidazioni

Per i **GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI** (l'elenco è presente nell'allegato H) il Socio è invitato a prendere contatto con la Segreteria a cui invia copia della cartella clinica e i documenti di spesa in originale.

INFORMAZIONI

Per l'accesso alla forma di assistenza diretta presso centri convenzionati Centrale Operativa di Previmedical®

800.90.14.25 (telefono fisso)

199.28.10.15 (da cellulare)

+39.0422.17.44.079 (dall'estero)

Per informazioni di carattere generale call center del Fondo Assistenza nei giorni stabiliti

045.82.69.977

SCHEDA PER OCCHIALI E LENTI

(da inserire nella richiesta di rimborso)

SI DICHIARA CHE

Il Sig./la Sig.ra

.....
(cognome e nome)

Nato/a a il

ha acquistato per se in data odierna, come da documento di spesa delnr....., allegato alla presente dichiarazione (fattura o scontrino parlante), il seguente materiale:

Articolo	Marca , modello e tipologia (es. monofocali, bifocali, ecc.)	Importo	Quantità
Montatura			
Tipologia Lenti			
Tipologia Lenti a contatto			
Montaggio			
Assicurazione			
Altro			

Completare solo le righe riferibili all'acquisto effettuato.

Prescrizione Lenti: indicare solo e solamente la correzione per lenti acquistate

SF	CIL	ASSE	SF	CIL	ASSE
		PER DISTANZA			
		PER MUSICA			
		PER VICINO			



Si dichiara inoltre che trattasi di dispositivo medico conforme alla normativa vigente per la detraibilità delle spese sanitarie a marcatura CE.

DATA TIMBRO E FIRMA LEGGIBILE DELL'OTTICO

Il Fondo Assistenza fra il Personale del Gruppo Banco Popolare si riserva di effettuare controlli sulle cure prestate, avvalendosi anche di sanitari di propria fiducia. Qualora emergano irregolarità, il Fondo si riserva di agire a norma di Legge, Statuto e Regolamento presso le sedi competenti.

