

**IANO SANITARIO ASSISTENZIALE INTEGRATIVO DEL SERVIZIO  
SANITARIO NAZIONALE E DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI -  
P.S.A.I.**

(Testo AGGIORNATO AL 18 DICEMBRE 2018)

**EFFETTO 1° GENNAIO 2019**

- ✓ **Cure termali:** terapie fruite presso gli stabilimenti termali regolarmente autorizzati
- ✓ **Day hospital:** struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni o terapie mediche senza ricovero notturno
- ✓ **Day surgery:** struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche senza ricovero notturno
- ✓ **Fisiochinesiterapia:** trattamenti/cure fisiche prescritte dal medico curante e fruite in strutture sanitarie ambulatoriali regolarmente autorizzate
- ✓ **Forma diretta:** rimborso da parte del FISDE alle strutture sanitarie delle spese dalle stesse anticipate in favore degli assistiti, nei limiti indicati dal Regolamento delle prestazioni sanitarie. Le eventuali eccedenze di spesa sono pagate dagli assistiti. La "forma diretta" si realizza unicamente quando è convenzionata la struttura sanitaria che offre anche le prestazioni professionali
- ✓ **Forma indiretta:** il FISDE rimborsa direttamente ai soci le somme loro spettanti, nei limiti indicati dal Regolamento delle prestazioni sanitarie
- ✓ **Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni obiettivamente constatabili
- ✓ **Intervento chirurgico ambulatoriale:** intervento chirurgico eseguito senza ricovero diurno presso lo studio del medico chirurgo o presso l'ambulatorio di una struttura sanitaria
- ✓ **Intervento chirurgico:** provvedimento terapeutico che viene attuato con manovre manuali o strumentali cruenti in strutture sanitarie regolarmente autorizzate per eseguire terapie chirurgiche
- ✓ **Intramoenia (o intramuraria):** attività libero-professionale dei medici-chirurghi che dipendono dal Servizio Sanitario Nazionale
- ✓ **Lungodegenza:** strutture sanitarie per l'assistenza sanitaria agli anziani; l'attuale normativa nazionale prevede la trasformazione di queste strutture sanitarie in R.S.A. (Residenze sanitarie assistenziali), sempre dedicate all'assistenza degli anziani
- ✓ **Malattia:** ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
- ✓ **Medico di fiducia:** medico-chirurgo-odontoiatra, anche specialista, cui l'assistito solitamente si rivolge in qualità di medico curante
- ✓ **Medico specialista della struttura sanitaria pubblica:** medico-chirurgo-odontoiatra in possesso di titolo di specializzazione che svolge la propria opera professionale in qualità di dipendente del SSN/SSR presso una struttura sanitaria pubblica (Università, Ospedale, Istituto di ricerca e cura, AUSL, Consultorio familiare ed altre strutture di proprietà dello Stato italiano dedicate alla diagnosi e cura)
- ✓ **Nomenclatore:** elenco delle "voci" (prestazioni e servizi); non tutte le "voci" sono rimborsabili dal FISDE, ma sono state ugualmente descritte per esigenze di completezza. Il Nomenclatore FISDE è esposto in modo analitico; nel corso dei prossimi anni verranno descritti anche i "pacchetti tariffari", ovvero la sommatoria di voci analitiche che compongono una singola terapia medico-chirurgica (evento sanitario). In linea di massima, la prestazione ("voce") non descritta non è rimborsabile, salva la possibilità da parte del FISDE, a suo insindacabile giudizio tecnico-medico-amministrativo, di verificare la possibilità del rimborso, laddove la prestazione fruita sia "assimilabile" ad un'altra esposta
- ✓ **Percentuale massima di rimborso:** quota massima delle tariffe di riferimento esposte nel Nomenclatore-Tariffario, deliberata dal Consiglio d'Amministrazione del FISDE, rimborsabile al socio compatibilmente con le disponibilità finanziarie
- ✓ **Poliambulatorio diagnostico:** struttura poliambulatoriale regolarmente autorizzata per le indagini diagnostiche
- ✓ **Soci ordinari:** si rinvia alle previsioni statutarie al riguardo vigenti
- ✓ **Soci straordinari:** si rinvia alle previsioni statutarie al riguardo vigenti
- ✓ **Soci aggregati:** si rinvia alle previsioni statutarie al riguardo vigenti
- ✓ **Aventi diritto:** si rinvia alle previsioni statutarie al riguardo vigenti

- ✓ **Tariffario:** elenco delle tariffe di riferimento dei rimborsi (sia in forma "diretta" che in forma "indiretta")
- ✓ **R.S.A.:** residenze sanitarie assistenziali, ovvero strutture sanitarie previste dalle normative vigenti per l'assistenza agli anziani affetti da patologie croniche
- ✓ **Riabilitazione:** terapie per rieducare apparati del corpo lesi da infortuni e malattie, al fine di renderli di nuovo funzionali per le normali attività; possono essere eseguite ambulatorialmente nelle strutture sanitarie per fisiochinesiterapia e riabilitazione ovvero in strutture sanitarie autorizzate per la riabilitazione con ricovero e degenza notturna o diurna
- ✓ **Ricovero:** permanenza in luogo di cura con pernottamento o permanenza diurna in day hospital o day surgery, rese necessarie da infortunio o malattia
- ✓ **Visita specialistica ambulatoriale:** visita effettuata da medico-chirurgo, in possesso del titolo di specializzazione, per diagnosticare e prescrivere terapie per le quali è prevista la suddetta specializzazione
- ✓ **Visita specialistica in fase di ricovero:** visita effettuata dal medico curante e dalla sua équipe durante una terapia medico-chirurgica in favore di un assistito ricoverato; se la terapia è chirurgica, tale visita non è rimborsabile poiché compresa nella tariffa massima esposta per quel determinato intervento; se la terapia è medica, viene riportata la relativa tariffa massima per l'intera équipe medica

## **ARTICOLO 1**

### **PRINCIPI GENERALI**

Il PSAI contiene l'elenco delle prestazioni per le quali i soci od aventi diritto possono chiedere i rimborsi, le regole e le modalità che debbono essere seguite per accedere agli stessi, nonché l'elenco delle prestazioni non ammesse a rimborso.

In base a quanto previsto all'art. 1.4 del Regolamento delle prestazioni sanitarie il PSAI è valido dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno di riferimento. Il PSAI vigente rimane valido fino a quando non viene sostituito.

L'allegato A) contiene l'elenco delle prestazioni ammesse a rimborso, le regole e le modalità da seguire per accedere ai rimborsi, nonché l'elenco delle prestazioni non ammesse a rimborso relativamente ai soci aggregati della "convenzione Edison".

L'allegato B) contiene l'elenco delle prestazioni ammesse a rimborso, le regole e le modalità da seguire per accedere ai rimborsi, nonché l'elenco delle prestazioni non ammesse a rimborso relativamente ai soci aggregati della "convenzione FISDE OPEN".

Per i soci aggregati della "convenzione SEL" trovano applicazione le regole previste per i soci ordinari.

## **ARTICOLO 2**

### **PRESTAZIONI RICONOSCIUTE DAL FISDE COME RIMBORSABILI**

Sono ammesse a rimborso le prestazioni sanitarie di seguito indicate, fornite da strutture sanitarie autorizzate nonché da professionisti legalmente esercenti.

Ove non diversamente previsto, il rimborso può avvenire sia nella forma indiretta sia nella forma diretta.

#### **A) Visite specialistiche**

#### **B) Accertamenti diagnostici**

Il rimborso è ammesso per le seguenti branche:

- Allergologia diagnostica/test allergometrici
- Cardiologia diagnostica (compresi esami ecografici, ultrasonografici, Holter)
- Diagnostica per immagini:
  - Angiografia
  - Ecografia
  - Mineralometria ossea (M.O.C.)/Densitometria ossea
  - Radiologia tradizionale
  - R.M.N. (Risonanza Magnetica Nucleare)
  - T.A.C./T.C. (Tomografia Assiale Computerizzata)
- Endoscopia diagnostica per qualsiasi apparato e/o organo
- Esami cito/istologici/immunoistochimici
- Gastroenterologia diagnostica
- Medicina nucleare
- Neurologia diagnostica
- Oculistica diagnostica
- Ostetricia-Ginecologia diagnostica
- Otorinolaringoiatria diagnostica
- Pneumologia diagnostica
- Urologia diagnostica
- Vascolare diagnostica (compresi esami ecografici, ultrasonografici, Holter).

**C) Ricoveri con o senza intervento chirurgico svolti in regime di degenza notturna o diurna (day hospital/day surgery), terapie oncologiche e per il morbo di Cooley (anche in regime ambulatoriale).**

Il rimborso interessa anche servizi, materiali sanitari, protesi, medicinali, accertamenti diagnostici intra-ricovero e pre-ricovero e ogni altro tipo di assistenza e servizio strettamente connessi al ricovero.

Qualsiasi spesa per accertamenti diagnostici eseguiti per accedere ad un ricovero in regime di degenza notturna o diurna, se seguita dal ricovero entro 30 giorni dagli stessi, viene riconosciuta e rimborsata nella stessa misura degli accertamenti diagnostici eseguiti durante un ricovero (intraricovero).

**D) Parto naturale o cesareo e aborto terapeutico**

Vale quanto previsto alla precedente lettera C).

**E) Interventi chirurgici ambulatoriali**

**F) Emodialisi**

**G) Psicoterapia**

Il rimborso è ammesso esclusivamente in forma indiretta, con un limite massimo pari ad Euro 520 (cinquecentoventi) per anno (1 gennaio – 31 dicembre).

**H) Terapie per le allergie e relativi vaccini**

**I) Fisiocinesiterapia**

Il rimborso è ammesso se le terapie sono connesse a stati morbosi che comportino limitazioni funzionali.

E' ammesso a rimborso (esclusivamente in forma indiretta) il noleggio o l'acquisto di apparecchiature per fisiocinesiterapia.

**L) Terapie per la sterilità/infertilità femminile e/o maschile**

### **M) Assistenza infermieristica continuativa in presenza di eventi morbosi acuti**

Il rimborso è ammesso esclusivamente in forma indiretta per un periodo massimo di 180 giorni per evento morboso acuto.

### **N) Presidi ortopedici ed altre protesi, apparecchi acustici**

Il rimborso è ammesso esclusivamente in forma indiretta. Il FISDE rimborsa, oltre alle protesi necessarie durante il ricovero/interventi chirurgici, anche i presidi ortopedici ed altre protesi e gli apparecchi acustici la cui applicazione od uso siano finalizzati al solo scopo funzionale. Ad esempio: arti artificiali, cannule tracheali, apparecchi protesici per laringectomizzati, sonde vescicali e simili, carrozzelle per invalidi, apparecchi acustici per gravi problemi riferiti alla diminuzione dell'udito. Il FISDE rimborsa inoltre gli ausili finalizzati a migliorare una funzione alterata del soggetto (es.: stampelle, sedia per w.c. , rialzo anatomico per w.c. , cuscini e materassi antidecubito, respiratori e ventilatori polmonari, ecc,) e le ortesi, finalizzate a migliorare una funzione compromessa di parti corporee (corsetti, busti, tutori, plantari, calze elastiche, scarpe ortopediche, cavigliere, ginocchiere, ecc.). Nel caso di pazienti oncologici sottoposti a trattamenti chemioterapici è altresì ammesso a rimborso, una volta l'anno, l'acquisto di una parrucca.

### **O) Diagnostica, cure e protesi odontoiatriche**

Il limite massimo di rimborso erogabile per ciascun anno (1° gennaio –31 dicembre) è pari a 4.000 euro per socio ordinario/avente diritto. Fermo restando il predetto limite individuale, il limite massimo di rimborso è di 6.000 euro nel caso di prestazioni a favore di due soggetti e di 8.000 euro nel caso di prestazioni a tre o più soggetti appartenenti allo stesso nucleo familiare. Il limite massimo di rimborso erogabile per ciascun anno (1° gennaio – 31 dicembre) è pari ad Euro 2.500,00 per socio straordinario.

Il C.d.A., limitatamente ai soci ordinari ( compresi i familiari a carico) e ai soci straordinari, definirà annualmente, entro il primo quadrimestre successivo all'anno di riferimento, una percentuale minima di rimborso rispetto alla spesa effettivamente sostenuta, fermo restando i tetti di cui sopra.

### **P) Lenti e montature da vista**

Il rimborso è ammesso solo in forma indiretta.

Il FISDE rimborsa un solo paio di lenti (da vicino o da lontano o bifocali o multifocali) ogni due anni esclusivamente per la correzione del visus o difetti oculari. Per i bambini fino a 14 anni, tale periodo può essere ridotto ad un anno qualora sia certificato dal medico specialista o sia dichiarato dall'ottico optometrista diplomato un difetto/variazione significativa del visus che renda necessaria la sostituzione delle lenti (e, conseguentemente, della montatura) in precedenza ammesse al rimborso.

Le montature sono rimborsate nella misura di una sola montatura ogni tre anni per lo stesso beneficiario. Il rimborso potrà essere richiesto in un termine inferiore, qualora la richiesta sia accompagnata da certificazione del medico oculista o dell'ottico optometrista da cui risulti che la montatura e le lenti non sono più adatte per intervenute problematiche anatomiche, in soggetti fino ai 18 anni compiuti.

In alternativa agli occhiali (lenti e montatura) può essere richiesto il rimborso di lenti a contatto, ferme restando le limitazioni temporali indicate.

Sono ammessi a rimborso lenti e occhiali da sole in presenza di cheratocongiuntivite Vernal. Per fruire del rimborso (il cui riferimento sarà costituito dai valori tariffari previsti per le normali montature e per lenti sferiche o cilindriche) occorrerà la diagnosi circostanziata dello specialista (oculista) con prescrizione di lenti scure.

## **Q) Ticket**

Il rimborso è erogabile con riferimento alle prestazioni ammesse a rimborso dal presente PSAI, come sopra elencate.

In via sperimentale, limitatamente ai soci ordinari (compresi i familiari a carico) e ai soci straordinari, è altresì ammesso il rimborso di ticket relativi alle analisi cliniche, limitatamente alla parte eccedente i primi 50 Euro di spesa sostenuta nell'anno ( 1 gennaio – 31 dicembre).

Nel caso di pagamento di prestazioni odontoiatriche mediante ticket, il rimborso verrà effettuato fino a concorrenza dei valori massimi e nel rispetto dei limiti massimi di rimborso per anno previsti in campo odontoiatrico.

I ticket possono essere richiesti a rimborso anche in forma cumulativa purché presentati, a pena di decadenza, entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di emissione dei ticket.

## **R) Spese viaggio/soggiorno/accompagnatore**

Il FISDE rimborsa, esclusivamente in forma indiretta, in favore dell'assistito le spese di viaggio connesse a:

- a) prestazioni fruite in Italia (ai sensi della precedente lettera C) e all'estero (ai sensi del successivo art. 6), presso strutture specializzate ubicate ad una distanza di almeno 50 km dal comune di residenza;
- b) visite specialistiche o accertamenti diagnostici relativi a patologie di particolare gravità (gravi malattie cardiovascolari, gravi malattie cerebrovascolari, cecità, sordità', tumori, insufficienza renale, necessità di trapianto di organo, malattie degenerative del sistema nervoso centrale quali sclerosi multipla, morbo di Parkinson, morbo di Alzheimer, esiti di gravi ustioni, malattie rare, gravi malattie assimilabili alle precedenti) richiesti dal medico specialista e da effettuarsi in struttura altamente specializzata nella diagnosi e cura di tali patologie, ubicata ad una distanza di almeno 50 Km dal comune di residenza.
- c) trasporto in ambulanza per ricovero da e verso casa di cura o ospedale, compreso il caso di pronto soccorso.

Per le prestazioni di cui alla lettera a) è previsto, altresì, un rimborso per spese viaggio di un accompagnatore; il rimborso per spese di soggiorno di un accompagnatore è ammesso, limitatamente al periodo di ricovero, nei casi di distanza di almeno 100 km.

## **ARTICOLO 3**

### **NOMENCLATORE – TARIFFARIO - TARIFFE DI RIFERIMENTO DEL FISDE – PERCENTUALI MASSIME DI RIMBORSO**

I rimborsi per le prestazioni riconosciute dal FISDE come rimborsabili vengono erogati sulla base delle tariffe di riferimento esposte nel Nomenclatore – Tariffario del FISDE.

#### Prestazioni rimborsate in unica soluzione in misura pari al 100% delle tariffe del Nomenclatore - Tariffario

Sono rimborsate, in unica soluzione, in misura pari al 100% della tariffa indicata dal Nomenclatore – Tariffario del FISDE le seguenti prestazioni:

- ricovero con o senza intervento chirurgico
- ricovero per parto naturale e cesareo e aborto terapeutico
- terapie oncologiche e per il morbo di Cooley
- interventi chirurgici ambulatoriali
- emodialisi
- ticket

- spese viaggio e soggiorno assistito
- spese viaggio e soggiorno accompagnatore

Con riferimento al ricovero con o senza intervento chirurgico, effettuato nell'ambito dell'assistenza in forma diretta, qualora la fatturazione avvenga con il sistema del pacchetto tariffario, la percentuale massima di rimborso è pari all'80% del pacchetto tariffario.

Nel caso di ricoveri in regime di intramoenia il FISDE rimborsa il costo del DRG a carico del socio nei limiti dei valori del Nomenclatore Tariffario.

#### Prestazioni rimborsate in due fasi (acconto e saldo)

Le seguenti tipologie di prestazioni sono rimborsate in due fasi, una fase di acconto ed una fase eventuale di saldo, nelle misure percentuali di seguito indicate, da calcolare sulla base delle tariffe del Nomenclatore - Tariffario:

	% acconto	% saldo	% max rimborso
• visite specialistiche	70%	30%	100%
• accertamenti diagnostici	70%	30%	100%
• psicoterapia	70%	30%	100%
• terapie per allergie e relativi vaccini	70%	30%	100%
• fisiochinesiterapia	70%	30%	100%
• terapie per la sterilità/infertilità femminile e /o maschile	70%	30%	100%
• assistenza infermieristica continuativa per eventi morbosi acuti	70%	30%	100%
• presidi ortopedici ed altre protesi, apparecchi acustici	70%	30%	100%
• lenti e montature da vista	70%	30%	100%
• diagnostica, cure e protesi odontoiatriche	56%	24%	80%

La misura dell'eventuale saldo – entro il limite sopra indicato - è deliberata dal Consiglio di Amministrazione del FISDE al termine dell'esercizio finanziario, compatibilmente con le disponibilità generate dall'esercizio stesso. Resta ferma la possibilità per il Consiglio di Amministrazione di assumere, in alternativa, le altre determinazioni previste dall'art. 3, lett. h del Regolamento.

### **ARTICOLO 4**

#### **REGOLE PER L'ACCESSO AI RIMBORSI IN FORMA DIRETTA**

I soci ovvero il socio aggregato, laddove previsto dalla convenzione, per accedere alle prestazioni in forma diretta - avvalendosi delle strutture sanitarie e dei professionisti sanitari convenzionati in forma diretta con il FISDE – devono provvedere ai seguenti adempimenti:

- a) consegnare alla struttura sanitaria, debitamente compilata e sottoscritta, la modulistica necessaria alla autorizzazione alle prestazioni ed alla relativa liquidazione da parte del FISDE;

- b) allegare – ove prevista - separata prescrizione/attestazione della prestazione con timbro e firma del sanitario;
- c) pagare in proprio alla struttura sanitaria convenzionata con il FISDE le eventuali eccedenze di spesa rispetto all'importo del rimborso in acconto (art. 5.6 del Regolamento);
- d) in caso di prestazioni odontoiatriche, i soci ovvero il socio aggregato, laddove previsto dalla convenzione, – alla fine delle cure – devono sottoscrivere la scheda per cure odontoiatriche a conferma delle cure fruite.

La struttura sanitaria convenzionata con il FISDE provvede ad inviare al FISDE la documentazione necessaria per i rimborsi.

Qualora non risulti riferita al socio o al familiare fiscalmente a carico del socio, la richiesta di autorizzazione relativa al parto (naturale o cesareo), all'aborto terapeutico, ovvero alle terapie per la sterilità/infertilità dovrà essere accompagnata dalla seguente dichiarazione, sottoscritta dal socio: "Il sottoscritto (nome e cognome), in relazione alle prestazioni sanitarie oggetto della presente richiesta di autorizzazione, dichiara di avere un rapporto diretto con l'evento di cui alle predette prestazioni". Nel caso specifico del parto, dovrà essere prodotta al FISDE, successivamente all'evento, documentazione relativa al riconoscimento del figlio. Qualora ciò non avvenga entro sessanta giorni dal parto, il FISDE chiederà all'interessato la restituzione di quanto versato alla struttura sanitaria.

## **ARTICOLO 5**

### **REGOLE PER L'ACCESSO AI RIMBORSI IN FORMA INDIRECTA**

Il socio per chiedere il rimborso in forma indiretta di qualsiasi tipologia di prestazione deve presentare al FISDE, nel rispetto delle modalità e del termine temporale previsto dal Regolamento delle prestazioni sanitarie, la seguente documentazione:

- a) apposito modulo di richiesta di rimborso, debitamente compilato e sottoscritto, unitamente alle altre documentazioni/dichiarazioni previste dal Regolamento;
- b) originali o copie conformi delle fatture/ricevute fiscali dalle quali risultino, in maniera dettagliata, le prestazioni erogate e le tariffe applicate.

Fermo restando quanto precede, il socio deve inoltre attenersi a quanto previsto relativamente alle specifiche tipologie di prestazioni di seguito indicate.

#### Visite specialistiche

Dalla documentazione fiscale di spesa di cui alla precedente lettera b) deve risultare il nominativo del medico ed il relativo titolo di specializzazione coerente con la visita eseguita.

#### Accertamenti diagnostici

La documentazione fiscale di spesa deve contenere la descrizione degli esami diagnostici eseguiti e le relative tariffe applicate; ove non risulti dalle fatture/ricevute fiscali la specifica della tipologia dell'accertamento diagnostico effettuato con relativa tariffa applicata, si deve produrre apposita certificazione del centro diagnostico o del medico chirurgo ove risulti quanto suddetto.

Ricoveri con o senza intervento chirurgico svolti in regime di degenza notturna o diurna (day hospital/day surgery), terapie oncologiche e per il morbo di Cooley (anche in regime ambulatoriale).

Alla domanda di rimborso ed alla documentazione fiscale di spesa, il socio deve allegare copia della cartella clinica completa di analisi, referti, ecc, oppure documentazione sanitaria equivalente rilasciata dalla struttura sanitaria.

#### Parto naturale e cesareo, aborto terapeutico, terapie per la sterilità/infertilità femminile e/o maschile

Qualora non risulti intestata al socio ovvero al socio aggregato laddove previsto dalla convenzione o al familiare fiscalmente a carico del socio, la documentazione fiscale di spesa relativa al parto (naturale o cesareo), all'aborto terapeutico, ovvero alle terapie per la sterilità/infertilità dovrà essere accompagnata dalla seguente dichiarazione, sottoscritta dal socio: "Il sottoscritto (nome e cognome), in relazione alle prestazioni sanitarie oggetto della presente richiesta di rimborso, dichiara di avere un rapporto diretto con l'evento di cui alle predette prestazioni".

Nei casi sopra indicati, relativi a parto e aborto terapeutico, potranno essere ammessi a rimborso anche le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici connessi, effettuati nel periodo di gravidanza fino all'ottavo mese, nei limiti e secondo le modalità previsti per tali tipologie di prestazioni. Dette richieste di rimborso dovranno essere presentate nel rispetto dei termini regolamentari accompagnate dalla sopra indicata dichiarazione del socio. Una volta avvenuto il parto dovrà essere prodotta la documentazione relativa al riconoscimento del figlio e, in caso di aborto, documentazione relativa all'aborto: in difetto di ciò sarà richiesta al socio la restituzione di quanto erogato.

#### Emodialisi, psicoterapia, terapie per allergie e relativi vaccini, fisiochinesiterapia, interventi chirurgici ambulatoriali, terapie per la sterilità/infertilità

Il socio deve allegare al modulo di cui alla lettera a) ed alla documentazione fiscale di spesa, separata prescrizione/attestazione della prestazione con timbro e firma del sanitario (limitatamente alle terapie per allergie e relativi vaccini e fisiochinesiterapia), nonché copia della cartella clinica completa o certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria o dal medico chirurgo che attesti la tipologia delle prestazioni eseguite.

Con riferimento alla fisiochinesiterapia, la prescrizione dovrà indicare la diagnosi, nonché l'indicazione della tipologia ed il numero delle prestazioni da effettuare (ovvero la tipologia di apparecchiatura da noleggiare o acquistare). Il documento di spesa dovrà indicare la tipologia e il numero delle prestazioni effettuate (ovvero la tipologia di apparecchiatura da noleggiare o acquistare).

Con riferimento alle terapie per la sterilità/infertilità è sufficiente allegare al modulo di cui alla lettera a) la documentazione fiscale di spesa contenente l'indicazione della tipologia di prestazione.

Con riferimento alla psicoterapia è sufficiente allegare al modulo di cui alla lettera a) la documentazione fiscale di spesa contenente l'indicazione della tipologia e il numero prestazioni. Dalla documentazione fiscale di spesa deve risultare il nominativo dello psicologo/psicoterapeuta e detta qualifica professionale.

#### Assistenza infermieristica continuativa in presenza di eventi morbosi acuti

Alla domanda di rimborso ed alla documentazione fiscale di spesa (rilasciata da infermieri abilitati ovvero da strutture sanitarie autorizzate dalle autorità competenti), il socio deve allegare certificazione della struttura sanitaria ove è avvenuto il ricovero o, in assenza di un ricovero, apposita certificazione rilasciata da un sanitario di una struttura pubblica attestante che si è in presenza di un evento morboso acuto e non cronico.

#### Presidi ortopedici ed altre protesi, apparecchi acustici



La prescrizione deve essere effettuata da medico specialista della branca di riferimento che attesti la diagnosi certa della menomazione/patologia sofferta.

#### Diagnostica, cure e protesi odontoiatriche

Alla domanda di rimborso ed alla documentazione fiscale di spesa, il socio deve allegare la scheda per cure odontoiatriche debitamente compilata e firmata dall'odontoiatra che ha eseguito le cure. Tale scheda deve essere firmata anche dal socio od avente diritto a conferma delle cure fruite.

Alla domanda di rimborso deve essere inoltre allegata la documentazione diagnostica specificamente prevista dal Nomenclatore – Tariffario.

Il rimborso relativo a prestazioni ortodontiche può coprire un periodo massimo pari a quattro anni di trattamento.

Dalla documentazione fiscale di spesa deve risultare che le prestazioni sono state eseguite presso strutture sanitarie autorizzate dalle autorità competenti per diagnosi e cure odontoiatriche e da medici-chirurghi e/o odontoiatri iscritti all'Albo dei Medici-Chirurghi ed Odontoiatri secondo le normative vigenti.

Qualora, nel corso della terapia, siano pagate fatture di acconto, il rimborso delle stesse dovrà essere richiesto dal socio al completamento delle cure, in occasione della richiesta di rimborso della fattura di saldo e nel rispetto dei termini temporali previsti per quest'ultima, con applicazione – all'insieme delle fatture presentate - dei limiti massimi di rimborso e della normativa vigente nell'anno di emissione della fattura di saldo. Si precisa che il rimborso delle singole fatture è condizionato alla titolarità del diritto alle prestazioni (stato di socio o di familiare fiscalmente a carico) nell'anno di emissione delle stesse. Si precisa altresì che, ove la fattura di saldo sia emessa nel mese di dicembre, il termine ultimo per la presentazione della richiesta di rimborso della stessa e delle fatture di acconto rimane fissato, a pena di decadenza, al 31 gennaio dell'anno successivo a quello di emissione della predetta fattura di saldo.

#### Lenti e montature da vista

Il socio alla domanda di rimborso delle lenti ed alla documentazione fiscale di spesa deve allegare la scheda per lenti e montature ovvero prescrizione del medico oculista o dichiarazione dell'ottico optometrista diplomato in cui si attesti il difetto del visus che ha prodotto la richiesta di rimborso.

#### Ticket

Il socio alla domanda di rimborso per ticket deve allegare la documentazione fiscale di spesa.

#### Spese viaggio/soggiorno/accompagnatore correlate a prestazioni fruite in forma indiretta

Il socio, per ottenere i rimborsi indicati deve presentare al service del FISDE, contestualmente alla richiesta di rimborso della prestazione fruita, la seguente documentazione:

- a) documentazione in originale inerente le sole spese di viaggio (fattura nel caso di ambulanza) od anche di soggiorno (fatture o ricevute fiscali per spese di vitto/alloggio) per l'eventuale accompagnatore ove previsto;
- b) autodichiarazione dei chilometri percorsi dalla propria abitazione al luogo di cura ed eventuali scontrini autostradali in originale, se per il viaggio il socio od avente diritto ha usufruito dell'automobile;
- c) documentazione sanitaria da cui si evinca la data di entrata e uscita dal luogo di cura.

#### Spese viaggio/soggiorno/accompagnatore correlate a prestazioni fruite in forma diretta

La struttura sanitaria convenzionata con il FISDE invia al service del FISDE la documentazione sanitaria e di spesa.

Il socio deve provvedere per proprio conto ad inviare al service del FISDE la seguente documentazione:

- a) documentazioni inerenti le sole spese di viaggio (fattura nel caso di ambulanza) od anche di soggiorno (fatture o ricevute fiscali per spese di vitto/alloggio) per l'eventuale accompagnatore ove previsto;
- b) autodichiarazione dei chilometri percorsi dalla propria abitazione al luogo di cura ed eventuali scontrini autostradali in originale, se per il viaggio il socio o avente diritto ha usufruito dell'automobile;
- c) dichiarazione del socio con indicazione della prestazione fruita, nonché della data e della struttura sanitaria erogatrice della prestazione.

## **ARTICOLO 6**

### **SPESE SANITARIE PER PRESTAZIONI SVOLTE ALL'ESTERO**

Il FISDE rimborsa le spese sanitarie fruita all'estero se conseguenti alla necessità di cure derivanti da gravi stati morbosi o da comprovata urgenza, fermo restando quanto previsto dal Regolamento e dal P.S.A.I. vigenti, anche per quel che attiene alle percentuali massime di rimborso.

Le prestazioni fruita all'estero sono rimborsate esclusivamente in forma indiretta.

#### Prestazioni sanitarie derivanti da gravi stati morbosi

Il socio, per ottenere i rimborsi, deve presentare al service del FISDE la seguente documentazione:

- a) apposito modulo di richiesta di rimborso debitamente compilato e sottoscritto;
- b) certificazione del medico specialista di una struttura pubblica che attesti la gravità dello stato morbo del socio o avente diritto, la necessità di svolgere le prestazioni in una struttura sanitaria superspecializzata ubicata all'estero e l'urgenza di svolgere le prestazioni stesse. Dalla certificazione si deve chiaramente evincere la diagnosi certa o presunta che ha determinato la richiesta di rimborso;
- c) dichiarazione di responsabilità che attesti la mancata autorizzazione da parte della propria AUSL a concedere il pagamento diretto od il rimborso previsto per le prestazioni sanitarie da svolgere all'estero;

*oppure*

- c1) copia dell'apposito modello di autorizzazione (attualmente E 112) - da parte della propria AUSL di appartenenza - all'eventuale rimborso previsto per le cure svolte all'estero, se possibile con la determinazione del rimborso; se il socio o avente diritto ottiene il pagamento diretto da parte della propria AUSL alla struttura sanitaria sita all'estero, non è previsto alcun tipo di rimborso;

*oppure*

- c2) dichiarazione di responsabilità in cui si attesti che il socio o avente diritto non ha potuto ottenere l'autorizzazione della propria AUSL, in quanto intende fruire delle prestazioni in strutture sanitarie non appartenenti alle convenzioni della Comunità Europea/Regolamenti di sicurezza sociale; dalla certificazione si deve chiaramente evincere il particolare e grave stato morbo da cui è affetto che impone di eseguire le cure presso la struttura sanitaria ed i professionisti prescelti ed indicati;
- d) copia della cartella clinica completa od equivalente documentazione sanitaria;
- e) originali o copie conformi delle fatture/ricevute fiscali comprovanti le spese sostenute;
- f) traduzione dei giustificativi di spesa e della documentazione sanitaria.

Prestazioni sanitarie da eseguire con carattere di comprovata urgenza per il comparire di improvvisa grave sintomatologia

Il socio deve presentare al service del FISDE la seguente documentazione:

- a) apposito modulo di richiesta rimborso;
- b) certificazione della struttura sanitaria estera che attesti la gravità della sintomatologia che ha determinato la necessità e l'urgenza di svolgere le prestazioni oggetto della richiesta di rimborso. Dalla certificazione si deve chiaramente evincere la diagnosi certa o presunta che ha determinato la necessità delle prestazioni;
- c) laddove il socio ne sia in possesso, copia dell'apposito modello (attualmente E111) che dà diritto ad eventuale pagamento diretto o rimborso previsto dalle convenzioni della Comunità Europea/Regolamenti di sicurezza sociale da parte del S.S.N./S.S.R.; copia della cartella clinica completa od equivalente documentazione sanitaria;
- d) originali o copie conformi delle fatture/ricevute fiscali comprovanti le spese sostenute.
- e) traduzione dei giustificativi di spesa e della documentazione sanitaria.

## **ARTICOLO 7**

### **ANTICIPAZIONI PER I CASI DI ALTISSIMA CHIRURGIA**

Nel caso in cui i soci od aventi diritto, per i casi di altissima chirurgia, debbano ricorrere a medici-chirurghi-odontoiatri e a strutture sanitarie superspecializzate e di alta qualifica non convenzionate con il S.S.N., insieme alla richiesta di rimborso possono richiedere al service del FISDE eventuali anticipazioni sulle spese da sostenere. Il Consiglio di Amministrazione del FISDE, ad insindacabile giudizio e previo parere sanitario, decide entro 15 giorni dalla richiesta in merito alla concessione o meno dell'anticipazione e la relativa entità.

Le somme anticipate sono successivamente dedotte dall'importo previsto per il rimborso. Qualora la spesa sostenuta dovesse risultare inferiore al rimborso spettante, comprensivo dell'anticipazione ottenuta, il socio è obbligato a restituire tale somma eccedente entro 30 giorni dal saldo delle prestazioni sanitarie.

Il socio deve presentare al FISDE la seguente documentazione:

- a) apposito modulo di richiesta anticipazione;
- b) documentazioni, già esposte ai punti precedenti, necessarie per ottenere i rimborsi tranne la documentazione fiscale della spesa sostenuta e la cartella clinica;
- c) preventivo di spesa redatto dal medico di fiducia o dalla clinica nonché il preventivo dell'eventuale spesa di viaggio e soggiorno.

Qualora il socio od avente diritto decidesse di non eseguire più le prestazioni per le quali ha ottenuto l'eventuale anticipazione, è obbligato alla restituzione della somma ricevuta entro 15 giorni o comunque non oltre il 90° giorno dalla data prevista per lo svolgimento delle stesse, risultante dall'autorizzazione concessa.

## **ARTICOLO 8**

### **PRESTAZIONI NON AMMESSE A RIMBORSO**

Sono escluse dai rimborsi le prestazioni di seguito indicate:

- a) prestazioni di base (assistenza medico-generica-S.S.N.) comprese le certificazioni;

- b) analisi cliniche eseguite ambulatorialmente, salvo i casi espressamente previsti;
- c) prestazioni con finalità dietologiche e/o per la cura del corpo (case di cura per il benessere) e/o estetiche, salvo quelle di chirurgia plastica ricostruttiva;
- d) visite mediche aventi carattere medico-legale;
- e) visite mediche finalizzate al rilascio di certificazioni;
- f) cure termali;
- g) agopuntura e terapie iniettive, salvo quelle espressamente previste (vaccini);
- h) fisiochinesiterapia, salvo quanto previsto;
- i) in odontoiatria: visita specialistica, interventi e qualsiasi tipo di prestazione a fini estetici;
- l) assistenza infermieristica continuativa in presenza di eventi morbosi cronici;
- m) ricoveri determinati da finalità diagnostiche (check-up);
- n) ricoveri in strutture sanitarie per lungodegenze, nelle residenze sanitarie assistenziali e comunque ricoveri che in qualsiasi modo possano essere giudicati ricoveri per custodia o per semplice assistenza infermieristica;
- o) ticket per le prestazioni non riconosciute come rimborsabili dal P.S.A.I.;
- s) aborto volontario, fatto salvo l'aborto terapeutico;
- t) occhiali e lenti da sole, salvo i casi espressamente previsti;
- u) uso del letto per l'accompagnatore: se la struttura sanitaria presso la quale il socio od avente diritto usufruisce delle prestazioni, non comprendesse nella retta di degenza e relativa tariffa, anche se maggiorate, il suddetto uso rimane a carico del socio;
- v) farmaci, salvo i casi espressamente previsti;

## **ARTICOLO 9**

### **SERVIZIO DI ASSISTENZA**

Il FISDE mette a disposizione dei soci un servizio di assistenza fornito dalla Centrale informativa che risponde dal lunedì al giovedì, dalle ore 9.00 alle ore 17.00 ed il venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00, al numero verde 800.991.121.

I soci possono ottenere

- informazioni sull'intera rete nazionale di strutture sanitarie convenzionate con il FISDE;
- informazioni sulle modalità di accesso alle strutture sanitarie convenzionate con il FISDE;
- informazioni ed eventuali prenotazioni per ricoveri di particolare importanza e gravità nelle strutture sanitarie convenzionate con il FISDE.

ALLEGATO A

### **CONVENZIONE EDISON**

#### **1. PRESTAZIONI RICONOSCIUTE DAL FISDE COME RIMBORSABILI**

Sono ammesse a rimborso esclusivamente le prestazioni sanitarie di seguito indicate. Salvo diversa previsione, vale per ciascuna tipologia di prestazioni quanto previsto dall'art. 2 del PSAI

A) Visite specialistiche

- B) Accertamenti diagnostici
- C) Ricoveri con o senza intervento chirurgico svolti in regime di degenza notturna o diurna (day hospital/day surgery), terapie oncologiche e per il morbo di Cooley (anche in regime ambulatoriale).
- D) Parto naturale o cesareo e aborto terapeutico
- E) Interventi chirurgici ambulatoriali
- F) Emodialisi
- G) Psicoterapia
- H) Terapie per le allergie e relativi vaccini
- I) Fisiochinesiterapia
- L) Terapie per la sterilità/infertilità femminile e/o maschile
- M) Assistenza infermieristica continuativa in presenza di eventi morbosi acuti
- N) Presidi ortopedici ed altre protesi, apparecchi acustici
- O) Diagnostica, cure e protesi odontoiatriche

I rimborsi per prestazioni odontoiatriche sono riservate a coloro che hanno esercitato l'opzione.

Il limite massimo di rimborso erogabile per ciascun anno (1° gennaio –31 dicembre) è pari a 5.000 euro per interessato. Fermo restando il predetto limite individuale, il limite massimo di rimborso è di 7.500 euro nel caso di prestazioni a favore di due soggetti e di 10.000 euro nel caso di prestazioni a tre o più soggetti appartenenti allo stesso nucleo familiare.

- P) Lenti e montature da vista

Il rimborso è ammesso solo in forma indiretta.

Il FISDE rimborsa un paio di lenti o di lenti a contatto ogni tre anni esclusivamente per la correzione del visus o difetti oculari. Per i bambini fino a 14 anni, tale periodo può essere ridotto ad un anno qualora sia certificato dal medico specialista o sia dichiarato dall'ottico optometrista diplomato un difetto/variazione significativa del visus che renda necessaria la sostituzione delle lenti (e, conseguentemente, della montatura) in precedenza ammesse al rimborso.

Le montature sono rimborsate nella misura di una montatura ogni tre anni per lo stesso beneficiario. Il rimborso potrà essere richiesto in un termine inferiore, qualora la richiesta sia accompagnata da certificazione del medico oculista o dell'ottico optometrista da cui risulti che la montatura e le lenti non sono più adatte per intervenute problematiche anatomiche, in soggetti fino ai 18 anni compiuti.

Il rimborso di occhiali (lenti e montatura) ed il rimborso di lenti a contatto sono tra loro alternativi, con riferimento alla medesima patologia.

Sono ammessi a rimborso lenti e occhiali da sole in presenza di cheratocongiuntivite Vernal. Per fruire del rimborso (il cui riferimento sarà costituito dai valori tariffari previsti per le normali montature e per lenti sferiche o cilindriche) occorrerà la diagnosi circostanziata dello specialista (oculista) con prescrizione di lenti scure.

- Q) Ticket

Il rimborso è ammesso esclusivamente con riferimento alle prestazioni sopra elencate. In via sperimentale, è altresì ammesso il rimborso di ticket relativi alle analisi cliniche, limitatamente alla parte eccedente i primi 50 Euro di spesa sostenuta nell'anno ( 1 gennaio – 31 dicembre). Nel caso di pagamento di prestazioni odontoiatriche mediante ticket, il rimborso verrà effettuato fino a concorrenza dei valori massimi previsti dalla presente normativa e nel rispetto dei limiti massimi di rimborso per anno.

I ticket possono essere richiesti a rimborso anche in forma cumulativa purché presentati, a pena di decadenza, entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di emissione dei ticket.

#### R) Spese viaggio/soggiorno/accompagnatore

Il FISDE rimborsa, esclusivamente in forma indiretta, in favore dell'assistito le spese di viaggio connesse a:

- a) prestazioni fruite in Italia (ai sensi della precedente lettera C) e all'estero (ai sensi dell'art. 6 del PSAI), presso strutture specializzate ubicate ad una distanza di almeno 50 km dal comune di residenza;
- b) visite specialistiche o accertamenti diagnostici relativi a patologie di particolare gravità (gravi malattie cardiovascolari, gravi malattie cerebrovascolari, cecità, sordità, tumori, insufficienza renale, necessità di trapianto di organo, malattie degenerative del sistema nervoso centrale quali sclerosi multipla, morbo di Parkinson, morbo di Alzheimer, esiti di gravi ustioni, malattie rare, gravi malattie assimilabili alle precedenti) richiesti dal medico specialista e da effettuarsi in struttura altamente specializzata nella diagnosi e cura di tali patologie, ubicata ad una distanza di almeno 50 Km dal comune di residenza.
- c) trasporto in ambulanza per ricovero da e verso casa di cura o ospedale, compreso il caso di pronto soccorso.

Per le prestazioni di cui alla lettera a) è previsto, altresì, un rimborso per spese viaggio di un accompagnatore; il rimborso per spese di soggiorno di un accompagnatore è ammesso, limitatamente al periodo di ricovero, nei casi di distanza di almeno 100 km.

## **2. NOMENCLATORE – TARIFFARIO - TARIFFE DI RIFERIMENTO DEL FISDE – PERCENTUALI MASSIME DI RIMBORSO**

I rimborsi per le prestazioni riconosciute dal FISDE come rimborsabili vengono erogati sulla base delle tariffe di riferimento esposte nel Nomenclatore – Tariffario del FISDE.

### Prestazioni rimborsate in unica soluzione in misura pari al 100% delle tariffe del Nomenclatore - Tariffario

Sono rimborsate, in unica soluzione, in misura pari al 100% della tariffa indicata dal Nomenclatore – Tariffario del FISDE le seguenti prestazioni:

- ricovero con o senza intervento chirurgico
- ricovero per parto naturale e cesareo e aborto terapeutico
- terapie oncologiche e per il morbo di Cooley
- interventi chirurgici ambulatoriali
- emodialisi
- ticket
- spese viaggio assistito (ricoveri)
- spese viaggio assistito (visite specialistiche)
- spese viaggio e soggiorno accompagnatore

Con riferimento al ricovero con o senza intervento chirurgico, effettuato nell'ambito dell'assistenza in forma diretta, qualora la fatturazione avvenga con il sistema del pacchetto tariffario, la percentuale massima di rimborso è pari all'80% del pacchetto tariffario.

Nel caso di ricoveri in regime di intramoenia il FISDE rimborsa il costo del DRG a carico del socio nei limiti dei valori del Nomenclatore Tariffario.

#### Prestazioni rimborsate in due fasi (acconto e saldo)

Le seguenti tipologie di prestazioni sono rimborsate in due fasi, una fase di acconto ed una fase eventuale di saldo, nelle misure percentuali di seguito indicate, da calcolare sulla base delle tariffe del Nomenclatore - Tariffario:

	% acconto	% saldo	% max rimborso
• visite specialistiche	70%	30%	100%
• accertamenti diagnostici	70%	30%	100%
• psicoterapia	70%	30%	100%
• terapie per allergie e relativi vaccini	70%	30%	100%
• fisiochinesiterapia	70%	30%	100%
• terapie per la sterilità/infertilità femminile e /o maschile	70%	30%	100%
• assistenza infermieristica continuativa per per eventi morbosi acuti	70%	30%	100%
• presidi ortopedici ed altre protesi, apparecchi acustici	70%	30%	100%
• lenti e montature da vista	70%	30%	100%
• diagnostica, cure e protesi odontoiatriche	56%	24%	80%

Nel caso di ricoveri in regime di intramoenia il FISDE rimborsa il costo del DRG a carico del socio nei limiti dei valori del Nomenclatore Tariffario.

La misura dell'eventuale saldo – entro il limite sopra indicato - è deliberata dal Consiglio di Amministrazione del FISDE, al termine dell'esercizio finanziario, nel rispetto dell'equilibrio di bilancio della gestione separata.

### **3. REGOLE PER L'ACCESSO AI RIMBORSI IN FORMA DIRETTA**

Trovano applicazione le previsioni dell'art. 4

### **4. REGOLE PER IRIMBORSI IN FORMA INDIRETTA**

Trovano applicazione le previsioni dell'art. 5

### **5. SPESE SANITARIE PER PRESTAZIONI ALL'ESTERO**

Trovano applicazione le previsioni dell'art. 6

### **6. ANTICIPAZIONI PER I CASI DI ALTISSIMA CHIRURGIA**

Trovano applicazione le previsioni dell'art. 7

### **7. PRESTAZIONI NON AMMESSE A RIMBORSO**

Trovano applicazione le previsioni dell'art. 8

### **8. SERVIZIO DI ASSISTENZA**

Trovano applicazione le previsioni dell'art. 9

ALLEGATO B

## CONVENZIONE FISDE OPEN

### **1. PRESTAZIONI RICONOSCIUTE DAL FISDE COME RIMBORSABILI (SOLO IN FORMA INDIRETTA)**

Sono ammesse a rimborso esclusivamente le prestazioni sanitarie di seguito indicate. Salvo diversa previsione, vale per ciascuna tipologia di prestazioni quanto previsto dall'art. 2 del PSAI.

A) Visite specialistiche

B) Accertamenti diagnostici

C) Ricoveri con o senza intervento chirurgico svolti in regime di degenza notturna o diurna (day hospital/day surgery), terapie oncologiche e per il morbo di Cooley (anche in regime ambulatoriale).

Il limite massimo di rimborso erogabile per anno (1° gennaio – 31 dicembre) è pari a 5.000 euro.

D) Parto naturale o cesareo e aborto terapeutico (dal 1° luglio 2017)

Il limite massimo di rimborso erogabile per anno (1° gennaio – 31 dicembre) è pari a 5.000 euro.

E) Interventi chirurgici ambulatoriali

Il limite massimo di rimborso erogabile per anno (1° gennaio – 31 dicembre) è pari a 5.000 euro.

F) Emodialisi

G) Psicoterapia (dal 1° luglio 2017)

H) Terapie per le allergie e relativi vaccini (dal 1° luglio 2017)

I) Fisiochinesiterapia

L) Terapie per la sterilità/infertilità femminile e/o maschile (dal 1° luglio 2017)

M) Assistenza infermieristica continuativa in presenza di eventi morbosi acuti

Il limite massimo di rimborso erogabile per anno (1° gennaio – 31 dicembre) è pari a 5.000 euro.

N) Presidi ortopedici ed altre protesi, apparecchi acustici

O) Diagnostica, cure e protesi odontoiatriche

Hanno titolo ai rimborsi per prestazioni odontoiatriche i beneficiari del "pacchetto standard", nonché i beneficiari del "pacchetto ridotto" che abbiano esercitato l'opzione per il "pacchetto odontoiatria".

Il limite massimo di rimborso erogabile per ciascun anno (1° gennaio – 31 dicembre) è pari a 1.750,00 euro per interessato (euro 1.250,00 fino al 31 dicembre 2016). Fermo restando il



predetto limite individuale, il limite massimo di rimborso è di 2.000,00 euro nel caso di prestazioni a favore di due soggetti (euro 1.500,00 fino al 31 dicembre 2016) e di 2.500,00 euro nel caso di prestazioni a tre o più soggetti appartenenti allo stesso nucleo familiare (euro 1.750,00 fino al 31 dicembre 2016).

#### P) Lenti e montature da vista

Il rimborso è ammesso solo in forma indiretta.

Il FISDE rimborsa un paio di lenti o di lenti a contatto ogni due anni esclusivamente per la correzione del visus o difetti oculari. Per i bambini fino a 14 anni, tale periodo può essere ridotto ad un anno qualora sia certificato dal medico specialista o sia dichiarato dall'ottico optometrista diplomato un difetto/variazione significativa del visus che renda necessaria la sostituzione delle lenti (e, conseguentemente, della montatura) in precedenza ammesse al rimborso.

Le montature sono rimborsate nella misura di una montatura ogni tre anni per lo stesso beneficiario. Il rimborso potrà essere richiesto in un termine inferiore, qualora la richiesta sia accompagnata da certificazione del medico oculista o dell'ottico optometrista da cui risulti che la montatura e le lenti non sono più adatte per intervenute problematiche anatomiche, in soggetti fino ai 18 anni compiuti.

Il rimborso di occhiali (lenti e montatura) ed il rimborso di lenti a contatto sono tra loro alternativi, con riferimento alla medesima patologia.

Sono ammessi a rimborso lenti e occhiali da sole in presenza di cheratocongiuntivite Vernal. Per fruire del rimborso (il cui riferimento sarà costituito dai valori tariffari previsti per le normali montature e per lenti sferiche o cilindriche) occorrerà la diagnosi circostanziata dello specialista (oculista) con prescrizione di lenti scure.

#### Q) Ticket

Il rimborso è ammesso esclusivamente con riferimento alle prestazioni sopra elencate. Nel caso di pagamento di prestazioni odontoiatriche mediante ticket, il rimborso verrà effettuato fino a concorrenza dei valori massimi previsti dalla presente normativa e nel rispetto dei limiti massimi di rimborso per anno.

I ticket possono essere richiesti a rimborso anche in forma cumulativa purché presentati, a pena di decadenza, entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di emissione dei ticket.

## **2. NOMENCLATORE – TARIFFARIO - TARIFFE DI RIFERIMENTO DEL FISDE – PERCENTUALI MASSIME DI RIMBORSO**

I rimborsi per le prestazioni riconosciute dal FISDE come rimborsabili vengono erogati sulla base delle tariffe di riferimento esposte nel Nomenclatore – Tariffario del FISDE.

### Prestazioni rimborsate in unica soluzione in misura pari al 100% delle tariffe del Nomenclatore - Tariffario

Sono rimborsate, in unica soluzione, in misura pari al 100% della tariffa indicata dal Nomenclatore – Tariffario del FISDE le seguenti prestazioni:

- ricovero per parto naturale o cesareo e aborto terapeutico
- ticket

### Prestazioni rimborsate in due fasi (acconto e saldo)

Le seguenti tipologie di prestazioni sono rimborsate in due fasi, una fase di acconto ed una fase eventuale di saldo, nelle misure percentuali di seguito indicate, da calcolare sulla base delle tariffe del Nomenclatore - Tariffario:

	% acconto	% saldo	% max rimborso
• ricovero con o senza intervento chirurgico	70%	30%	100%
• terapie oncologiche e per il morbo di Cooley	70%	30%	100%
• emodialisi	70%	30%	100%
• visite specialistiche	70%	30%	100%
• interventi chirurgici ambulatoriali	70%	30%	100%
• accertamenti diagnostici	70%	30%	100%
• psicoterapia	70%	30%	100%
• terapia per allergie e relativi vaccini	70%	30%	100%
• fisiochinesiterapia	70%	30%	100%
• terapie per la sterilità/infertilità femminile e/o maschile	70%	30%	100%
• assistenza infermieristica continuativa per per eventi morbosi acuti	70%	30%	100%
• presidi ortopedici ed altre protesi, apparecchi acustici	70%	30%	100%
• lenti e montature da vista	70%	30%	100%
• diagnostica, cure e protesi odontoiatriche	56%	24%	80%

Nel caso di ricoveri in regime di intramoenia il FISDE rimborsa il costo del DRG a carico del socio nei limiti dei valori del Nomenclatore Tariffario.

La misura dell'eventuale saldo – entro il limite sopra indicato - è deliberata dal Consiglio di Amministrazione del FISDE, al termine dell'esercizio finanziario, nel rispetto dell'equilibrio di bilancio della gestione separata.

### **3. REGOLE PER I RIMBORSI (ESCLUSIVAMENTE IN FORMA INDIRECTA)**

Trovano applicazione le previsioni dell'art. 5

### **4. SPESE SANITARIE PER PRESTAZIONI ALL'ESTERO**

Trovano applicazione le previsioni dell'art. 6

### **5. ANTICIPAZIONI PER I CASI DI ALTISSIMA CHIRURGIA**

Trovano applicazione le previsioni dell'art. 7

### **6. PRESTAZIONI NON AMMESSE A RIMBORSO**

Sono escluse dai rimborsi le prestazioni di seguito indicate:

- prestazioni di base (assistenza medico-generica-S.S.N.) comprese le certificazioni;
- analisi cliniche eseguite ambulatorialmente, salvo i casi espressamente previsti;
- prestazioni con finalità dietologiche e/o per la cura del corpo (case di cura per il benessere) e/o estetiche, salvo quelle di chirurgia ricostruttiva;
- visite mediche aventi carattere medico-legale;
- visite mediche finalizzate al rilascio di certificazioni;
- cure termali;
- agopuntura e terapie iniettive;

- h) fisiochinesiterapia ambulatoriale, salvo quanto previsto;
- i) in odontoiatria: visita specialistica, interventi e qualsiasi tipo di prestazione a fini estetici;
- l) assistenza infermieristica continuativa in presenza di eventi morbosi cronici;
- m) ricoveri determinati da finalità diagnostiche (check-up);
- n) ricoveri in strutture sanitarie per lungodegenze, nelle residenze sanitarie assistenziali e comunque ricoveri che in qualsiasi modo possano essere giudicati ricoveri per custodia o per semplice assistenza infermieristica;
- o) ticket per le prestazioni non riconosciute come rimborsabili dalle precedenti lettere;
- p) aborto volontario;
- q) occhiali e lenti da sole;
- r) uso del letto per l'accompagnatore: se la struttura sanitaria presso la quale il socio od avente diritto usufruisce delle prestazioni, non comprendesse nella retta di degenza e relativa tariffa, anche se maggiorate, il suddetto uso rimane a carico del socio;
- s) farmaci, salvo i casi espressamente previsti;
- t) spese viaggio, soggiorno, accompagnatore.

## **7. SERVIZIO DI ASSISTENZA**

Trovano applicazione le previsioni dell'art. 9