



Guida alle prestazioni

Aggiornamento 1 gennaio 2022

Fondo Integrativo Sanitario per i dipendenti del Gruppo ENEL

La guida ha valore di manuale di orientamento per i Soci ferme restando la normativa integrale e le procedure di riferimento disponibili su www.fisde.it

Indice

1. La normativa	pag. 3
2. Soci	pag. 5
3. Assistenza sanitaria – Forma diretta e indiretta	pag. 10
Le Prestazioni	pag. 11
o Ricoveri - interventi chirurgici – parto	pag. 11
o Visite specialistiche	pag. 16
o Accertamenti diagnostici ambulatoriali	pag. 18
o Interventi chirurgici ambulatoriali	pag. 20
o Fisiocinesiterapia	pag. 21
o Psicoterapia	pag. 22
o Terapia per sterilità/infertilità	pag. 23
o Allergie e vaccini	pag. 24
o Ticket	pag. 24
o Ticket analisi cliniche	pag. 25
o Presidi ortopedici, altre protesi e apparecchi acustici	pag. 26
o Odontoiatria	pag. 27
o Assistenza infermieristica continuativa	pag. 31
o Lenti e montature da vista	pag. 32
o Spese viaggio e soggiorno	pag. 32
o Anticipazioni per altissima chirurgia	pag. 34
o Prestazioni per familiari non a carico	pag. 34
o Prestazioni all'estero	pag. 35
o Rimborsi da altri enti	pag. 35
o Programmi di Medicina preventiva	pag. 36
o Prestazioni per le persone con disabilità	pag. 41
o Prestazioni di emergenza sociale	pag. 48
4. Adempimenti e scadenze	pag. 49
• La domanda di rimborso	pag. 49
• Scadenza per la domanda di rimborso	pag. 50
• Aspetti amministrativi	pag. 50
• Sospensione e integrazione della pratica	pag. 50
• Rimborsi in pagamento	pag. 51
• Contestazioni	pag. 51
• Documentazione fiscale	pag. 52
• Agenzia delle Entrate	pag. 53
5. www.fisde.it e Fisdeweb	pag. 54

La normativa

Scopo istituzionale del FISDE è di fornire ai Soci l'assistenza sanitaria integrativa: rimborsi per le prestazioni sanitarie in forma diretta – attraverso la rete di strutture convenzionate a disposizione dei Soci – o in forma indiretta, interventi per l'assistenza alle persone con disabilità o con problemi connessi alle c.d. emergenze sociali (ad esempio tossicodipendenza e alcoolismo) e iniziative in materia di medicina preventiva.

Statuto

È l'atto che regola la vita, l'ordinamento interno, il funzionamento e le attività di Fisce in relazione allo scopo sociale:

- Scopo
- Patrimonio ed esercizio finanziario
- Soci e beneficiari
- Prestazioni
- Organi, cariche sociali ed elezioni
- Scioglimento

Consulta lo Statuto su www.fisde.it

Regolamento per le prestazioni sanitarie

Contiene le regole generali su:

- Beneficiari delle prestazioni
- Procedure di rimborso
- Modalità di liquidazione dei rimborsi
- Controlli e sanzioni
- Ricorsi

Consulta il Regolamento per le prestazioni sanitarie su www.fisde.it (Norme)

PSAI

Nel Piano Sanitario Assistenziale Integrativo:

- Descrizione delle prestazioni per le quali si può chiedere rimborso (tra quelle in elenco nel Nomenclatore-Tariffario)
- Documenti e prescrizioni necessari
- Limiti, massimali e percentuali di rimborso
- Modalità di liquidazione
- Elenco delle prestazioni non rimborsabili

In caso di prestazioni non descritte, FISDE si riserva la facoltà di assimilarle a voci e tariffe descritte, previo il parere esperto dei medici consulenti del Fondo.

Consulta il PSAI su www.fisde.it (Norme)

Nomenclatore - Tariffario

È l'elenco dei codici delle prestazioni sanitarie e delle relative tariffe massime di riferimento (sulle quali calcolare le percentuali di rimborso stabilite dal PSAI), **con indicazione della frequenza, delle limitazioni e della documentazione necessaria richiesta nei casi specifici.**

Consulta il Nomenclatore - Tariffario su www.fisde.it (Norme)

Regolamento per le prestazioni alle persone disabili

Governa servizi e prestazioni dedicati alla disabilità e regola:

- Beneficiari
- Procedura di accesso
- Prestazioni previste
- Procedure di rimborso
- Modalità di liquidazione
- Controlli e sanzioni
- Ricorsi

Consulta il Regolamento per le prestazioni alle persone disabili su www.fisde.it

Regolamento per le prestazioni alle persone in situazione di emergenza sociale

Riguarda prestazioni finalizzate al superamento di situazioni di emergenza sociale derivanti da dipendenze, disabilità, disturbi comportamentali, disturbi psichiatrici e descrive:

- Beneficiari e patologie
- Modalità di accesso e programma di riabilitazione
- Procedure di rimborso
- Modalità di liquidazione
- Controlli e sanzioni
- Ricorsi

Consulta il Regolamento per le prestazioni alle persone in situazione di emergenza sociale su www.fisde.it (Norme)

Soci

(Statuto, Articolo 5)

Socio ordinario

È il lavoratore dipendente di Enel S.p.A., delle Società controllate direttamente o indirettamente e delle altre Società convenzionate nell'ambito della gestione Enel (vedi Fisde/Le Aziende associate su www.fisde.it).

Il Socio ordinario usufruisce di FISDE anche per i **familiari fiscalmente a carico**, che risultano nell'Anagrafica Fisde.

- Verifica i familiari fiscalmente a carico nel tuo profilo personale in **Fisdeweb**.
- Su www.fisde.it, in Moduli-Familiari a carico e Anagrafica trovi quanto necessario per la gestione della tua posizione anagrafica in caso di familiari fiscalmente a carico.
- Su www.fisde.it puoi scaricare la **Guida familiari a carico** per tutti gli adempimenti successivi in caso di rimborsi percepiti per familiari a carico.

Per i familiari non a carico vedi il paragrafo **Prestazioni per familiari non a carico** di pag. 34.

Socio aggregato

È il lavoratore dipendente della Società che ha sottoscritto una delle tre **convenzioni FISDE** (a gestione economico-finanziaria separata):

- **Convenzione Edison**
- **Convenzione SEL**
- **Convenzione FISDE Open**

Dettaglio delle Società convenzionate su www.fisde.it>Fisde>Le Aziende associate.

Il Socio aggregato usufruisce di Fisde anche per i propri **familiari fiscalmente a carico**, che risultano nell'Anagrafica Fisde.

- Verifica i familiari fiscalmente a carico nel tuo profilo personale in **Fisdeweb**.
- Su www.fisde.it, in Moduli-Familiari a carico e Anagrafica trovi quanto necessario per la gestione della tua posizione anagrafica in caso di familiari fiscalmente a carico.
- Su www.fisde.it puoi scaricare la **Guida familiari a carico** per tutti gli adempimenti successivi in caso di rimborsi percepiti per familiari a carico.

Per i familiari non a carico vedi il paragrafo **Prestazioni per familiari non a carico** di pag. 34.

Socio straordinario

Per diventare Socio straordinario è necessario iscriversi a FISDE.

Possono iscriversi:

- **titolari di pensione** ex-dipendenti del gruppo Enel e di Società convenzionate con Fide nell'ambito della gestione Enel (soci ordinari fino al momento della cessazione del rapporto)
- **lavoratori in isopensione** (Enel, Terna e altre aziende per convenzione specifica)
- **coniugi superstiti e orfani equiparati del Socio ordinario o straordinario** titolari di pensione di reversibilità, a condizione che il reddito percepito non sia superiore a 3 volte il trattamento minimo di pensione INPS (esclusa la pensione di reversibilità o indiretta).

Non possono diventare Soci straordinari i Soci aggregati.

Per l'iscrizione:

- verifica di possedere i requisiti sanciti dallo Statuto (articolo 5.2)
- scarica la **domanda di iscrizione** su www.fisde.it Moduli>Iscrizione soci straordinari
- presentala online
 - ✓ scansiona il modulo compilato e firmato con gli allegati in unico file
 - ✓ accedi a **Fisdeweb** e seleziona **Spazio Posta**
 - ✓ clicca su NUOVO MODELLO seleziona per tipo di documento DOMANDA ISCRIZIONE SOCIO STRAORDINARIO
 - ✓ SCEGLI e carica il file
 - ✓ INOLTRA IL MODULO

In caso di difficoltà, puoi inviare la domanda (raccomandata con ricevuta di ritorno) a FISDE Via Nizza 152 00198 Roma.

Il familiare fiscalmente a carico del Socio straordinario può usufruire di Fide **esclusivamente** in caso di **accesso** alle prestazioni del **Regolamento per le prestazioni alle persone disabili** o del **Regolamento per le prestazioni alle persone in situazione di emergenza sociale**.

Documenti per la domanda di iscrizione, caso per caso.

- **Accedi direttamente a pensione, cessato il rapporto di lavoro:**
 1. **Domanda iscrizione FISDE Socio straordinario** (Modulo 31)
 2. copia prima pagina della comunicazione di liquidazione della pensione INPS – se la domanda di iscrizione è provvisoria e con riserva copia della domanda di pensione all'INPS con relativa ricevuta telematica

3. codice IBAN
 4. copia della ricevuta di versamento della quota di iscrizione sul c/c postale n.95885000 intestato a FISDE, Via Nizza 152 00198 Roma.
- **Isopensionato:**
 1. **Domanda iscrizione FISDE Socio straordinario isopensione** (Modulo 32)
Per il periodo di isopensione la quota associativa è versata a Fide dalla ex società di appartenenza ed eventuali variazioni del codice IBAN devono ancora essere comunicate alla stessa.
 - **Il rapporto di lavoro è cessato per risoluzione consensuale anticipata con contribuzione Fide a carico**
 1. **Domanda iscrizione FISDE Socio straordinario - risoluzione consensuale anticipata e contribuzione Fide a carico** (Modulo 33)
 2. copia Verbale di risoluzione consensuale del rapporto di lavoro
 3. copia domanda di autorizzazione a prosecuzione volontaria dei versamenti contributivi
 4. copia autorizzazione INPS alla prosecuzione volontaria dei versamenti contributivi
 5. estratto contributivo e certificato ecocert INPS aggiornato alla data della domanda d'iscrizione
 6. codice IBAN
 7. copia della ricevuta di versamento della quota di iscrizione sul c/c postale n.95885000 intestato a FISDE, Via Nizza 152 00198 Roma.
 - **Coniuge superstite o orfano equiparato (di Socio ordinario/straordinario) titolare pensione di reversibilità o indiretta**
 1. **Domanda iscrizione FISDE Socio straordinario familiare superstite** (Modulo 34)
 2. copia prima pagina della lettera di comunicazione di liquidazione della pensione o documento equipollente
 3. Codice IBAN
 4. Copia della tessera sanitaria e di documento di riconoscimento in corso di validità
 5. Copia del certificato di decesso del congiunto
 6. Copia della documentazione fiscale attestante che il reddito percepito non sia superiore a 3 volte il trattamento minimo di pensione INPS, esclusa la pensione di reversibilità o indiretta
 7. Copia della ricevuta di versamento della quota di iscrizione sul c/c postale n.95885000 intestato a FISDE, Via Nizza 152 00198 Roma.

Il pagamento della quota annuale è indispensabile per completare l'iscrizione e attivare la copertura dell'assistenza sanitaria Fide.

Scadenza dell'iscrizione Fisce

Il Socio deve richiedere l'iscrizione a Fisce **entro i 6 mesi successivi** al mese in cui **finisce il servizio in azienda, improrogabilmente**, con garanzia di continuità delle prestazioni.

- **Se il servizio in azienda termina in ottobre** la scadenza improrogabile per l'iscrizione è fissata al **30 aprile dell'anno successivo** ed entro il 30 aprile anche il pagamento della quota di rinnovo per l'anno in corso (a eccezione del Socio straordinario in isopensione, con quota a carico dell'azienda)
- **Se il servizio in azienda termina in novembre** la scadenza improrogabile per l'iscrizione è fissata al **31 maggio dell'anno successivo** ed entro il 31 maggio anche il pagamento della quota di rinnovo per l'anno in corso (a eccezione del Socio straordinario in isopensione, con quota a carico dell'azienda)
- **Chi ha terminato il servizio dal 1° dicembre 2019 al 31 dicembre 2021** deve iscriversi a Fisce **entro il 30 giugno dell'anno successivo** a quello in cui è terminato il servizio in azienda e pagare tutte le frazioni mensili della quota annuale non coperte dalla contribuzione aziendale (a eccezione del Socio straordinario in isopensione, con quota a carico dell'azienda) con garanzia di continuità delle prestazioni.

Dopo il 30 giugno dell'anno successivo e **fino al 30 giugno del secondo anno successivo** a quello in cui termina il servizio in azienda, il Socio può ancora iscriversi a Fisce pagando **le frazioni e le quote annuali pregresse maggiorate del 100%** insieme a quella dell'anno in corso, con decorrenza delle prestazioni dalla data del pagamento.

Perde definitivamente il diritto all'iscrizione come Socio straordinario chi non si iscrive a Fisce entro i termini sopra indicati.

Validità dell'iscrizione al termine dell'isopensione

Quando finisce l'isopensione e decorre la pensione è necessario:

- presentare copia della prima pagina della comunicazione INPS di liquidazione della pensione (attraverso Spazio Posta, vedi pag. 6)
- pagare la quota annuale (in dodicesimi nel caso di passaggio in corso d'anno) sul c/c postale n.95885000 intestato a FISDE, Via Nizza 152 00198 Roma.

Per **termini e scadenze** dalla fine dell'isopensione, vale quanto indicato al paragrafo **Scadenza dell'iscrizione Fisce**.

Perde definitivamente il diritto alla qualifica di Socio straordinario chi è iscritto a Fisce come Socio straordinario isopensionato ma al termine dell'isopensione non regolarizza il pagamento della quota associativa (in dodicesimi) entro i termini e le scadenze di cui sopra.

Quota annuale del Socio straordinario

La quota annuale è 396 €

Importi diversi nei casi:

- Socio straordinario con anzianità come Socio ordinario inferiore a 20 anni: quota 462 €
- Socio straordinario per reversibilità (da Socio ordinario), se nello stesso nucleo familiare più soggetti hanno titolo all'iscrizione Fisce: 396 € il primo iscritto (100%), 198 € il secondo iscritto (50%), 99 € ciascuno dei successivi iscritti (25%); 99 € figli in età 0-20 anni a carico a del coniuge superstite o di terzo se orfani di entrambi i genitori

Per la prima iscrizione la quota sarà calcolata in dodicesimi/frazioni mensili.

Scadenza di pagamento della quota annuale per il rinnovo dell'iscrizione

- **31 marzo di ogni anno** con continuità di accesso alle prestazioni
È sufficiente pagare la quota annuale dal 1° gennaio al 31 marzo di ogni anno (e non è necessario trasmettere a Fisce la ricevuta del pagamento)
- **30 giugno di ogni anno quota annuale + 50%** con accesso alle prestazioni dalla data del pagamento
In caso di ritardo, dal 1° aprile e fino al 30 giugno dell'anno di riferimento il rinnovo è ancora possibile ma con il pagamento della quota annuale + la maggiorazione del 50%

Perde definitivamente il diritto alla qualifica di Socio straordinario chi non rinnova l'iscrizione Fisce entro il 30 giugno dell'anno di riferimento.

Il bollettino MAV per il pagamento della quota di rinnovo annuale è su Fisdeweb, scaricabile nella tua area riservata (Tesseramento Soci – Scarica MAV)

Assistenza sanitaria

Quando devi sottoporerti ad una prestazione sanitaria, nella maggior parte dei casi, puoi valutare di accedere all'**assistenza Fide in forma diretta o in forma indiretta**:

- è uguale l'importo del rimborso, calcolato con le percentuali previste dal PSAI sulle tariffe di riferimento indicate nel Nomenclatore-Tariffario
- è diversa la modalità di accesso a servizi e prestazioni

Assistenza diretta

Puoi sottoporerti alla prestazione sanitaria di cui hai bisogno presso una delle strutture convenzionate con Fide.

Fide eroga il rimborso direttamente alla struttura sanitaria convenzionata.

L'eventuale **eccedenza tariffaria** è **a carico del Socio**, da pagare direttamente alla struttura che ha erogato la prestazione.

Puoi accedere in forma diretta a:

- ricoveri con o senza intervento chirurgico
- interventi chirurgici ambulatoriali
- visite specialistiche
- accertamenti diagnostici
- fisiochinesiterapia
- odontoiatria.

- cerca la struttura in **Fideweb**, per centro convenzionato o **per prestazione**
- selezionata la prestazione e la struttura, vedi subito la **tariffa prevista**, la quota che FISDE rimborsa alla struttura e **l'eventuale importo a tuo carico**
- contatta direttamente la struttura per prenotare
- compila e sottoscrivi la **Richiesta di Autorizzazione per rimborso in forma diretta** che la struttura ti fornirà (o che puoi scaricare da www.fide.it> Moduli>Assistenza diretta) e l'eventuale preventivo di spesa della struttura (solo per alcune prestazioni).

Assistenza indiretta

Nella forma indiretta Fide eroga al Socio il rimborso della spesa sanitaria sostenuta, calcolato con le percentuali previste dal PSAI sulle tariffe di riferimento indicate nel Nomenclatore-Tariffario.

Le prestazioni

- **Devono essere erogate da strutture sanitarie autorizzate e da professionisti legalmente esercenti.**
- L'elenco dettagliato è contenuto nel **Nomenclatore-Tariffario**.
- Nell'articolo 8 del **PSAI** sono elencate le prestazioni non ammesse a rimborso.
- Consulta il **Regolamento delle prestazioni sanitarie** per verificare se puoi beneficiarne.
- Le prestazioni e i servizi per le persone disabili e quelli dedicati alle persone in situazione di emergenza sociale sono disciplinate nei Regolamenti dedicati.
- Le prestazioni della **medicina preventiva** sono elencate negli specifici programmi Fisde (vedi www.fisde.it>Attività>Medicina preventiva).

► Ricoveri e interventi chirurgici

- Ricovero medico notturno
- Ricovero medico diurno
- Ricovero chirurgico notturno
- Ricovero chirurgico diurno
- Ricovero per parto naturale o cesareo e aborto terapeutico

Rimborso:

- Fino al 100% della tariffa del Nomenclatore - Tariffario
- Per Socio aggregato Fisde Open tetto il massimo di rimborso annuale, comprese le altre voci rimborsabili, è di € 5.000

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **documento fiscale** di spesa con descrizione dettagliata della/delle prestazione/i eseguita/e (fattura esclusa/esente IVA completa di bollo se l'importo è superiore a 77,47 €); fatture prive di bollo sono considerate incomplete e non rimborsabili
- **lettera di dimissione** o estratto della cartella clinica con descrizione delle prestazioni eseguite (ricovero ed eventuale intervento)
- per alcuni codici di prestazione è espressamente indicata nel Nomenclatore - Tariffario la **documentazione integrativa necessaria** (foto pre-intervento con

riferimento specifico al paziente, rilasciate o autenticate dallo specialista che certifica la diagnosi, referto istologico, certificazione medica, ecc.) e **gli eventuali limiti previsti** (numero massimo di sedute/trattamenti annui).

Calcolo del rimborso:

- Il rimborso interessa anche servizi, materiali sanitari, protesi, medicinali, accertamenti diagnostici durante il ricovero e pre-ricovero e ogni altro tipo di assistenza e servizio strettamente connessi al ricovero.
- Nel caso, nel corso della stessa seduta, siano eseguiti due interventi chirurgici, il secondo viene rimborsato al 50% del valore del tariffario.
Se effettuato con assistenza Fide in forma diretta, qualora per accordo con la struttura la fatturazione avvenga con il sistema del pacchetto tariffario, la percentuale massima di rimborso è pari all'80% del pacchetto tariffario.
- La prestazione viene individuata sulla base della diagnosi e della descrizione dell'intervento.

Il rimborso è calcolato in base ai servizi e alle prestazioni eseguiti durante il ricovero, in particolare:

- codice della prestazione per chirurgo/chirurghi e anestesista
- degenza (vedi Nomenclatore - Tariffario Gruppo G – Rette di degenza in strutture sanitarie autorizzate) con tetto massimo annuo per ciascun assistito € 30.000.
- sala operatoria, percentuale di rimborso in base alle tariffe degli interventi chirurgici
- presidi e protesi durante l'intervento chirurgico con rimborso pari al 60% della spesa con tetto massimo annuo di € 5.000
- materiali e dispositivi medici usati in sala operatoria e in reparto con rimborso pari al 70% della spesa e tetto massimo annuo di € 3.000
- medicinali usati in sala operatoria e in reparto con rimborso pari al 70% della spesa
- analisi cliniche in caso di ricovero con o senza intervento chirurgico sono rimborsabili anche se eseguite in forma privata per l'80% della spesa con tetto massimo annuo pari a € 300.

Ricovero e assistenza parto naturale - codice 1186

- pacchetto omnicomprensivo di prestazioni sanitarie **non liquidabili singolarmente**.
- tariffa massima rimborsabile € 3.000

- il rimborso della prestazione è comprensivo anche di assistenza alla puerpera durante il ricovero, assistenza dell'ostetrica e assistenza neonatologica in sala parto;
- per Socio aggregato Fisce Open il tetto massimo del rimborso comprese le altre voci rimborsabili (vedi sotto) è di € 5.000

Non sono rimborsabili:

- eventuali spese sostenute per nido, incubatrice, baby servizi, assistenza di un familiare
- assistenza pediatrica e/o neonatologica durante il ricovero
- l'anestesia peridurale/epidurale (codice 3017) non è compatibile con il codice 1186 perché già compresa
- l'assistenza ostetrica durante il parto cesareo/vaginale (codice 3016) non è compatibile con il codice 1186 perché già compresa

Le altre voci rimborsabili:

- degenza (vedi Nomenclatore - Tariffario Gruppo G, Rette di degenza in strutture sanitarie autorizzate); tetto massimo annuo per ciascun assistito € 30.000
- sala parto (cod. 48) tariffa massima rimborsabile € 400 materiali e dispositivi medici usati in sala parto e in reparto con rimborso pari al 70% e tetto massimo annuo di € 3.000
- medicinali usati in sala parto e in reparto con rimborso pari al 70% della spesa
- analisi cliniche con rimborso pari all'80% della spesa e tetto massimo annuo pari a € 300.

Assistenza ostetrica – codice 3016

- rimborsabile solo in alternativa al codice 1186 nel quale la prestazione è già compresa
- è richiesta la certificazione di assistenza al parto dell'ostetrica rilasciata dalla struttura sanitaria.

Anestesia peridurale/epidurale – codice 3017

- rimborsabile solo in caso di parto naturale e in alternativa al codice 1186 nel quale la prestazione è già compresa

Ricovero e assistenza parto con taglio cesareo – cod.1185

- pacchetto omnicomprensivo di prestazioni sanitarie **non liquidabili singolarmente**
- tariffa massima rimborsabile € 4.000
- il rimborso della prestazione è comprensivo di chirurgo/chirurghi, anestesista, assistenza alla puerpera durante il ricovero, assistenza dell'ostetrica e assistenza neonatologica in sala operatoria
- per Socio aggregato Fisd Open il tetto massimo del rimborso, comprese le altre voci rimborsabili (vedi sotto), è di € 5.000.

Non sono rimborsabili:

- eventuali spese sostenute per nido, incubatrice, baby servizi, assistenza di un familiare
- assistenza pediatrica e/o neonatologica durante il ricovero
- l'anestesia peridurale/epidurale (codice 3017) non è compatibile con il codice 1185 perché già compresa
- l'assistenza ostetrica durante il parto cesareo/vaginale (codice 3016) non è compatibile con il codice 1185 perché già compresa.

Le altre voci rimborsabili sono:

- degenza (vedi Nomenclatore-Tariffario Gruppo G – Rette di degenza in strutture sanitarie autorizzate); tetto massimo annuo per ciascun assistito € 30.000
- sala operatoria (cod. 55) tariffa massima rimborsabile € 900 (con percentuale di rimborso in base alle tariffe degli interventi chirurgici)
- materiali e dispositivi medici usati in sala operatoria e in reparto con rimborso pari al 70% e tetto massimo annuo di € 3.000
- medicinali usati in sala operatoria e in reparto con rimborso pari al 70% della spesa
- analisi cliniche con rimborso pari all'80% della spesa e tetto massimo annuo pari a € 300.

Assistenza ostetrica – codice 3016

- rimborsabile solo in alternativa al codice 1185 nel quale la prestazione è già compresa
- è richiesta la certificazione di assistenza al parto dell'ostetrica rilasciata dalla struttura sanitaria.

ATTENZIONE: quanto previsto relativamente al **parto naturale o cesareo è esteso anche al familiare fiscalmente non a carico, compreso il caso del convivente more uxorio.**

- La richiesta di rimborso, in questo caso, 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.**
- Tutte le richieste relative al parto e alle visite specialistiche e agli accertamenti diagnostici connessi, devono essere presentate entro i termini previsti dalla normativa in vigore.
- Dovrà essere prodotta a Fide, entro i 60 giorni successivi all'evento, documentazione relativa al riconoscimento del figlio. In caso di inadempimento, Fide chiederà al Socio la restituzione di quanto eventualmente già liquidato.

Ricoveri in intramoenia e Drg

Per ricovero in regime di intramoenia, il PSAI prevede che il rimborso avvenga nei limiti del valore del tariffario.

Il criterio utilizzato per stabilire i limiti dei valori del tariffario è quello di considerare come **voci fisse del DRG:**

- sala operatoria
- retta di degenza (tetto massimo annuo per ciascun assistito € 30.000)
- materiali e medicinali (calcolati in base alla tariffa dell'intervento: 10% per interventi con valore fino a € 5.000, 20% per interventi con valore da € 5.001 a € 9.999, 30% per interventi oltre € 10.000, fermo restando il tetto massimo annuo di € 3.000).

► Visite specialistiche

Le visite specialistiche ammesse a rimborso sono esclusivamente quelle eseguite da medico specialista cioè medico-chirurgo-odontoiatra in possesso di titolo universitario di specializzazione così come previsto dal Decreto Interministeriale n. 68 del 4/2/2015 che sostituisce integralmente il D.M. del 1/8/2005 (indice delle scuole di specializzazione).

Le visite devono essere pertinenti alla branca di specializzazione del sanitario.

Dal 1° gennaio 2022 sono rimborsate **massimo 10 visite specialistiche all'anno per ciascun assistito**. Sono escluse da tale limitazione:

- le visite ginecologiche effettuate durante la gravidanza (è necessario allegare il certificato di gravidanza ad ogni richiesta di rimborso)
- le visite specialistiche effettuate in regime SSN/SSR (ticket)
- le visite specialistiche relative alla patologia per la quale si accede alle prestazioni previste per le persone con disabilità
- le visite specialistiche effettuate durante il ricovero
- le visite specialistiche associate alla prevenzione: vedi **Programmi di Medicina Preventiva** (pag. 36) e **Visite specialistiche di prevenzione** (pag. 40).

Rimborso:

- per visita specialistica privata il rimborso arriva al 100% della tariffa del Nomenclatore - Tariffario che è 75 €
- per ticket (SSN/SSR) di visita specialistica il rimborso è pari al 100% (compresi ticket per pronto soccorso e guardia medica turistica)

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **documento fiscale** di spesa con descrizione dettagliata della prestazione eseguita o delle prestazioni eseguite (la fattura esclusa/esente IVA deve essere completa di bollo se di importo superiore a 77,47 €; fatture prive di bollo sono considerate incomplete e non rimborsabili).

Attenzione:

- Dalla fattura dello specialista **deve risultare il titolo di specializzazione coerente con la tipologia di visita**.
- Nella fattura emessa da strutture sanitarie e poliambulatori deve essere descritta la tipologia di visita.

- Per visite psichiatriche ripetitive, occorre che lo specialista attesti che non si tratta di prestazioni psicoterapeutiche.
- Nelle visite oculistiche sono comprese: la transilluminazione, l'esame del senso cromatico, l'esame del senso luminoso, la tonometria, l'orbitometria e l'esame del fondo oculare. Diversamente, se tali accertamenti vengono eseguiti come prestazioni uniche, gli stessi possono essere rimborsati sulla base delle specifiche tariffe previste nel Nomenclatore-Tariffario.
- Nel caso di fattura unica per **visita + diagnostica**, presentare una sola richiesta, inserendola come «Visite specialistiche» e specificare nel campo annotazioni la prestazione diagnostica.
- In caso di visite specialistiche effettuate in **gravidanza** il rimborso è esteso anche al familiare fiscalmente non a carico, compreso il caso del convivente more uxorio - la richiesta di rimborso, in questo caso, 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.**
- Non sono rimborsabili visite finalizzate al rilascio di certificati legali o sportivi, visite non eseguite da medici specialisti (ortottico, podologo, fisioterapista, chinesiologo, osteopata, biologo nutrizionista, dietista, medico di medicina generale, ecc.) e visione di esami.
- La domanda di rimborso per visite specialistiche previste ed eseguite nell'ambito dei **Programmi Fide di Medicina Preventiva** (pag. 36) deve essere presentata come Medicina Preventiva in unica soluzione con le altre prestazioni del relativo programma, selezionando per **prestazione richiesta "PREVENZIONE..."**, entro la scadenza dell'ultimo giustificativo di spesa.
- La domanda di rimborso per la **visita specialistica di prevenzione** (pag. 40) deve essere presentata selezionando **"Prevenzione Visite Specialistiche"**, entro 60 gg dalla data del giustificativo di spesa (o entro il 31 gennaio se il documento fiscale è stato emesso a dicembre).

► Accertamenti diagnostici ambulatoriali

Rimborso:

- **accertamenti diagnostici privati**, rimborso fino al 100% della tariffa del Nomenclatore - Tariffario
- **ticket SSN/SSR** di accertamenti diagnostici, rimborso del 100%
- nel caso di infezione da Covid19, documentata a Fisce prima del 31 dicembre 2021, rimborso di **RX e TC torace** pari al 100% della spesa sostenuta per i due anni successivi alla diagnosi di contagio; **per la richiesta di rimborso (entro 60 giorni dall'emissione di ciascun documento di spesa) è necessaria la prescrizione del medico curante in data non successiva al documento fiscale di riferimento**
- **analisi cliniche eseguite in forma privata in caso di:**
 - ricovero con o senza intervento chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale e nel caso siano propedeutiche a intervento chirurgico da effettuarsi nei trenta giorni successivi - rimborso 80% della spesa, con tetto massimo annuo di 300 €
 - gravidanza - rimborso pari all'80% della spesa (è necessario allegare il certificato di gravidanza per ogni richiesta di rimborso)
 - infezione da Covid19 documentata a Fisce prima del 31 dicembre 2021 - rimborso pari al 100% della spesa sostenuta per i due anni successivi alla diagnosi di contagio, con tetto annuo per assistito pari a 350 € e senza franchigia; **per la richiesta di rimborso (entro 60 giorni dall'emissione di ciascun documento di spesa) è necessaria la prescrizione del medico curante**
 - prescrizione medica - con tetto annuo di rimborso per assistito pari a 150 € e franchigia per i primi 50 € della spesa sostenuta nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2022 e il 31 dicembre 2022; **per la richiesta di rimborso (entro 60 giorni dall'emissione di ciascun documento di spesa) è necessaria la prescrizione del medico curante**

Documenti per la richiesta di rimborso:

- documento fiscale di spesa con descrizione dettagliata delle prestazioni o delle analisi eseguite - fattura esclusa/esente IVA completa di bollo se di importo superiore a € 77,47. (Fatture prive di bollo sono considerate incomplete e non rimborsabili)
- **prescrizione del medico curante** con data **non successiva** al documento fiscale di riferimento, **nei casi sopra indicati** (esclusi accertamenti diagnostici privati e ticket SSN/SSR, analisi cliniche per ricovero/intervento chirurgico e gravidanza)

Attenzione:

- La fattura deve essere completa di descrizione degli accertamenti eseguiti; se la tipologia non è rilevabile è richiesta certificazione descrittiva, del medico o del centro diagnostico, oppure il referto.
- Nel caso di fattura unica per **visita + diagnostica**, presentare una sola richiesta, inserendola come «Visite specialistiche» e specificare nel campo annotazioni la prestazione diagnostica.
- Nel caso di fattura unica per **accertamenti diagnostici diversi** presentare una richiesta di rimborso per l'intero importo fatturato selezionando una delle prestazioni richieste e segnalando l'altra nelle note.
- Per le seguenti tipologie, in caso di accertamenti diagnostici eseguiti nel corso della stessa seduta, le tariffe degli esami successivi al primo si liquidano al 50% (l'esame più oneroso al 100%):
 - Angiografia
 - Ecografia
 - Risonanza magnetica nucleare
 - Tomografia assiale computerizzata
 - Neurologia diagnostica
 - Oculistica diagnostica
 - Ostetricia – ginecologia diagnostica
 - Otorinolaringoiatria diagnostica
 - Vascolare diagnostica
 - Urologia diagnostica.
- In caso di accertamenti diagnostici effettuati in gravidanza il rimborso è esteso anche al familiare fiscalmente non a carico, compreso il caso del convivente more uxorio. La richiesta di rimborso, in questo caso, 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.**
- La domanda di rimborso per accertamenti diagnostici ambulatoriali previsti ed eseguiti nell'ambito dei Programmi Fide di Medicina Preventiva deve essere presentata come Medicina Preventiva (pag. 36), in unica soluzione con le altre prestazioni del relativo programma, entro la scadenza dell'ultimo giustificativo di spesa (seleziona per *prestazione richiesta* **PREVENZIONE...**).

► Interventi chirurgici ambulatoriali

Rimborso:

- per prestazione privata rimborso fino al 100% della tariffa del Nomenclatore-Tariffario
- per ticket (SSN/SSR) il rimborso è pari al 100% della spesa sostenuta
- per interventi chirurgici concomitanti e contemporanei (oltre il principale) il rimborso è del 50%
- per i Soci aggregati della convenzione Fide Open il tetto massimo di rimborso annuale, comprese le altre voci rimborsabili, è pari a 5.000 €.

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **documento fiscale** di spesa con descrizione dettagliata della/delle prestazione/i eseguita/e (fattura esclusa/esente IVA completa di bollo se di importo superiore a € 77,47; **fatture prive di bollo sono considerate incomplete e non rimborsabili**)
- se nella fattura non è dettagliatamente descritto l'intervento è necessario **estratto della cartella clinica** con descrizione dell'intervento o la certificazione sanitaria descrittiva dell'intervento stesso (diagnosi, zona di intervento e tipologia di intervento)
- per alcuni codici di prestazione è espressamente indicata nel Nomenclatore - Tariffario **la documentazione integrativa da produrre** (foto pre-intervento con riferimento specifico al paziente, rilasciate o autenticate dallo specialista che certifica la diagnosi, referto istologico, certificazione medica, ecc.) e **gli eventuali limiti previsti per gli stessi** (numero massimo di sedute/trattamenti annui).

Attenzione:

- Eventuali spese sostenute per sala operatoria, accertamenti diagnostici, materiali e medicinali, analisi cliniche sono rimborsabili solo se espressamente indicati in fattura.
- In caso di interventi a carico di entrambi gli occhi o entrambi gli arti, eseguiti nella stessa seduta, si applica la tariffa al 100% per ciascun intervento.
- L'uso della sala operatoria deve essere documentato dalla **scheda operatoria** che deve contenere: n. progressivo del registro operatorio, orario ingresso/uscita sala operatoria, orario inizio/fine dell'intervento chirurgico, nominativi dei componenti dell'equipe chirurgica ed infermieristica. **Senza scheda operatoria, il rimborso sarà relativo alla sola sala dedicata (cod. 46 - 50 €).**

- Sono rimborsabili nell'ambito degli interventi chirurgici ambulatoriali anche gli interventi chirurgici eseguiti in day-service.
- I trattamenti laser di chirurgia refrattiva sono rimborsabili in presenza di deficit visivo pari o superiore a 4 diottrie per occhio o anisometropia superiore a 3 diottrie.
- In caso di fattura unica **per visita + intervento chirurgico ambulatoriale**, presentare unica richiesta per intervento chirurgico ambulatoriale.
- **Non è previsto rimborso di spese viaggio**, soggiorno e accompagnatore per interventi chirurgici ambulatoriali.

► Fisiochinesiterapia

Rimborso:

- fino al 100% della tariffa del Nomenclatore-Tariffario
- in caso di ticket (SSN/SSR) il rimborso è pari al 100% della spesa sostenuta
- tetto annuo di **60 prestazioni con un massimo di 30 prestazioni per singola tipologia**
- per la fascia di età **3/14 anni rimborsabili 60 sedute di esercizi foniatrici e logopedia** per anno, per un **totale di 90 prestazioni riabilitative complessive**

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **documento fiscale** di spesa dettagliato per: tipologia di riabilitazione, numero sedute e costo unitario (corrispondenti alla prescrizione medica)
(fattura esclusa/esente IVA completa di bollo se di importo superiore a **€ 77,47**
fatture prive di bollo sono considerate incomplete e non rimborsabili)
- **Scheda per rimborso di trattamenti riabilitativi - fisioterapia** debitamente compilata e firmata dal medico specialista di branca qualora la prescrizione sia rilasciata utilizzando lo stesso modulo (sezione A), dalla struttura sanitaria o dal terapeuta che ha eseguito le prestazioni (sezione B)

Se nel corso della terapia vengono emesse più fatture dalla struttura o dal terapeuta, la richiesta di rimborso delle stesse dovrà essere presentata dal socio al completamento del ciclo di cure, entro 60 giorni dalla data dell'ultima fattura (se l'ultima fattura è emessa nel mese di dicembre, il termine ultimo per la richiesta di rimborso di tutte le fatture è il successivo 31 gennaio).

- **prescrizione** con data **non successiva** al documento fiscale di riferimento, se non già contenuta nella sezione A della scheda per rimborso di cui sopra, rilasciata dal medico **specialista** di branca attinente e completa di:
 - diagnosi
 - tipologia di riabilitazione
 - numero delle sedute.

Attenzione: le prestazioni sono rimborsabili se eseguite da professionisti sanitari iscritti negli specifici albi professionali (art. 4 L. 3/2018 – *Legge Lorenzin*) e/o in strutture sanitarie autorizzate (normativa vigente).

► **Psicoterapia**

Rimborso:

- fino al 100% della tariffa del Nomenclatore-Tariffario (40 € a seduta)
- tetto annuo di 520 € **innalzato a 720 €** per le prestazioni effettuate dal 1° gennaio al 31 dicembre 2022, fermo restando il massimo rimborsabile di 40 € a seduta

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **documento fiscale** di spesa con descrizione di:
 - tipologia e numero delle prestazioni
 - nominativo e qualifica professionale dello psicologo/psicoterapeuta (fattura esclusa/esente IVA completa di bollo se di importo superiore **a 77,47 €: fatture prive di bollo sono considerate incomplete e non rimborsabili**)

Attenzione: per il Socio ordinario (ed i suoi familiari fiscalmente a carico) è attivo un programma di consulenza psicologica articolato in due protocolli d'intesa:

- **CNOP (Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi)**
 - primo incontro gratuito
 - sconto del 20% (almeno) sulle sedute successive
- **SPI (Società Psicanalitica Italiana)**
 - primo incontro gratuito
 - € 40 il costo di ciascuna delle sedute successive

Per informazioni dettagliate sulle procedure e sui rimborsi vai su www.fisde.it>Attività>Consulenza psicologica.

► Terapie per sterilità/infertilità

Rimborso:

- tetto annuo massimo di 1.550 € (per coppia)
- se ticket (SSN/SSR) il rimborso è pari al 100% della spesa sostenuta

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **documento fiscale** di spesa con descrizione dettagliata della/delle prestazione/i eseguita/e
(fattura esclusa/esente IVA completa di bollo se di importo superiore a € 77,47: **fatture prive di bollo sono considerate incomplete e non rimborsabili**)
- Fisce richiederà eventuale certificazione medica, se necessaria

Attenzione:

- Non sono rimborsabili analisi cliniche eseguite per diagnosticare sterilità/infertilità.
- Il rimborso è esteso al familiare fiscalmente non a carico, compreso il convivente more uxorio. La richiesta di rimborso, in questo caso, 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.**
- Nel caso in cui il documento fiscale fosse intestato al solo Socio e ciò non consentisse la riconducibilità dei dati del partner, Fisce richiederà l'acquisizione del codice fiscale del partner come elemento essenziale per l'erogazione del rimborso annuale previsto **per coppia**.
- La modalità di effettuazione della prestazione in regime ambulatoriale o di ricovero deve essere attestata da specifica documentazione sanitaria. Le eventuali spese, legate al ricovero, relative a retta di degenza, sala operatoria, ecc. possono essere rimborsate con i codici di prestazione previsti dal Nomenclatore - Tariffario e le relative fatture devono essere presentate contestualmente alla certificazione sanitaria che attesta l'avvenuto ricovero e l'esecuzione della prestazione; non possono essere accolte richieste di rimborso di spese accessorie non supportate da idonea documentazione sanitaria.
- La terapia per la sterilità/infertilità di cui al codice 9931 del Nomenclatore Tariffario include qualsiasi tipo di tecnica e metodica usata, compresi i farmaci; rientrano nel rimborso gli esami clinici volti **esclusivamente al monitoraggio degli effetti della terapia**.

- Accertamenti diagnostici strumentali, visite, ed eventuali interventi chirurgici finalizzati alla **diagnosi** dell'infertilità e delle sue cause o effettuati **per accedere alla terapia per sterilità/infertilità** possono essere rimborsati nell'ambito delle altre classi previste per tali prestazioni, a condizione che il beneficiario della prestazione sia Socio o familiare fiscalmente a carico del Socio.
- Eventuali spese di viaggio sono rimborsabili solo in caso di ricovero in strutture nazionali (vedi Spese viaggio e soggiorno).

► Allergie e vaccini

Rimborso:

- tetto massimo 250 € per anno
- il rimborso è pari al 70% della spesa sostenuta
- in caso di ticket (SSN/SSR) il rimborso è pari al 100% fino al tetto massimo per anno

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **documento fiscale** di spesa con descrizione dettagliata della/delle prestazione/i eseguite (fattura esclusa/esente IVA completa di bollo se di importo superiore a € 77,47 **fatture prive di bollo sono considerate incomplete e non rimborsabili**)
- **prescrizione medica** in data **non successiva** al documento fiscale di riferimento

Attenzione:

- Nel caso di fattura unica per **vaccino + visita specialistica**, presentare una sola richiesta per Vaccini e specificare nel campo annotazioni la visita specialistica.
- Non sono rimborsabili vaccini non finalizzati alla cura delle allergie.

► Ticket SSN/SSR

Rimborso: pari al 100% salvo il tetto di spesa indicato per odontoiatria e vaccini.

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **documento fiscale** di spesa, anche ricevuta SISAL o ricevuta rilasciata da cassa continua ospedali o bonifico

- se nel documento di spesa non sono riportati soggetto e tipologia della prestazione è necessaria l'**Autodichiarazione per ticket** (scarica il modulo da www.fisde.it>Moduli>Assistenza indiretta)

Attenzione:

- Il ticket SSR/SSN è esente da bollo (qualsiasi importo).
- Se il documento fiscale di spesa si riferisce a **ticket + prestazione privata** il bollo è dovuto quando l'importo della prestazione privata è superiore a 77.47 €.
- Se il documento fiscale indica "tariffa ticket" non si tratta di ticket SSN/SSR.
- Le visite specialistiche effettuate in regime SSN/SSR sono escluse dal computo del tetto annuo di visite (max 10 per assistito)

► **Ticket per analisi cliniche**

Rimborso:

- è previsto esclusivamente in caso di analisi cliniche eseguite in regime di Servizio Sanitario Nazionale/Regionale (SSN/SSR) o in regime di convenzione con SSN/SSR
- franchigia annuale non rimborsabile € 50 per assistito
- oltre la franchigia, il rimborso è pari al 100% della spesa sostenuta

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **documento fiscale** di spesa, anche ricevuta SISAL o ricevuta rilasciata da cassa continua ospedali o bonifico (con evidenza che si tratta di ticket al SSN/SSR o in convenzione con SSN/SSR)
- se nel documento di spesa non sono riportati soggetto e/o tipologia di prestazione è necessaria l'**Autodichiarazione per ticket** (scarica il modulo da www.fisde.it>Moduli>Assistenza indiretta)

Attenzione:

- **Non si applica la franchigia** per analisi cliniche in caso di:
 - disabilità, se la prestazione è riconducibile alle patologie già certificate per l'accesso alle prestazioni del Regolamento per le persone disabili;
 - donne in gravidanza, è necessario allegare il certificato di gravidanza ad ogni richiesta di rimborso;

- ricovero, intervento chirurgico, preospedalizzazione, nei 30 giorni prima del ricovero (in fase di inserimento della domanda di rimborso specificare nella descrizione “ricovero/intervento chirurgico/preospedalizzazione”);
- nel caso di infezione da Covid19, documentata a Fisce prima del 31 dicembre 2021, per i due anni successivi alla diagnosi di contagio.
- Ticket con data dell’anno precedente non sono rimborsabili se presentati oltre il 31 gennaio anche se il relativo pagamento, per qualsivoglia motivo, sia stato eseguito successivamente alla data della prestazione.
- Se il documento fiscale di spesa si riferisce a **ticket + prestazione privata** il bollo è dovuto quando l’importo della prestazione privata è superiore a 77.47 €.
- Se il documento fiscale di spesa indica “tariffa ticket” non si tratta di ticket del SSN/SSR.

► Presidi ortopedici, altre protesi e apparecchi acustici

Tipologie:

- **Altre protesi** arti artificiali, cannule tracheali, apparecchi protesici per laringectomizzati (codice 8907)
- **Presidi** sonde vescicali (codice 8911)
- **Apparecchi acustici** (codice 8908)
- **Ausili** carrozzelle per invalidi, stampelle, sedia per W.C., rialzo anatomico per W.C., cuscini e materassi antidecubito, respiratori e ventilatori polmonari (codice 8909)
- **Ortesi** corsetti, busti, tutori, plantari, calze elastiche, scarpe ortopediche, cavaliere, ginocchiere (codice 8910)
- **Parrucca** per pazienti oncologici (codice 8910)

Rimborso:

- 50% della spesa sostenuta
- tetto massimo unico di € 3.000 per anno, vale a dire che tutti i singoli codici di protesi e presidi sopraindicati concorrono al suo raggiungimento

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **documento fiscale** di spesa con descrizione dettagliata della/delle prestazione/i eseguita/e

(fattura esclusa/esente IVA completa di bollo se di importo superiore a 77,47 €
fatture prive di bollo sono considerate incomplete e non rimborsabili)

- **prescrizione dello specialista** di branca attinente, completa di diagnosi e tipologia di presidio/protesi, in data **non successiva** al documento fiscale di riferimento

Attenzione:

- **Riparazione presidi e protesi fuori dal ricovero** (codice 9656) rimborso al 50% della spesa sostenuta con tetto massimo annuo € 500.
- **Protesi durante il ricovero/intervento chirurgico** sono inserite nella classe specifica del ricovero per intervento chirurgico, con rimborso pari al 60% e tetto massimo annuo di € 5.000.
- Nel caso di infezione da Covid19, documentata a Fisce prima del 31 dicembre 2021, rimborso del 100% della spesa sostenuta per acquisto di “dispositivi medici” nei due anni successivi alla diagnosi di contagio, con limite complessivo annuo di **60 €** per assistito.

► **Odontoiatria**

Le cure odontoiatriche rimborsabili sono quelle previste nel Nomenclatore-Tariffario.

- **rimborso:** 80% della tariffa indicata nel Nomenclatore-Tariffario
- **Ticket:** il rimborso è pari al 100% della spesa sostenuta fino alla concorrenza dei valori previsti nel Nomenclatore-Tariffario

Limiti massimi annuali rimborsabili per nucleo familiare ENEL e SEL:

- 4.000 € per Socio/avente diritto
- 6.000 € per due soggetti (fermo restando il limite individuale di 4.000 €)
- 8.000 € per tre o più soggetti (fermo restando il limite individuale di 4.000 €)

Limiti massimi annuali rimborsabili per nucleo familiare EDISON:

- 5.000 € per Socio/avente diritto
- 7.500 € per due soggetti (fermo restando il limite individuale di 5.000 €)
- 10.000 € per tre o più soggetti (fermo restando il limite individuale di 5.000 €)

Limiti massimi annuali rimborsabili per nucleo familiare Fisce Open:

- 1.750 € per Socio/avente diritto
- 2.000 € per due soggetti (fermo restando il limite individuale di 1.750 €)
- 2.500 € per tre o più soggetti (fermo restando il limite individuale di 1.750 €)

Limiti massimi annuali rimborsabili per Socio straordinario:

- 2.500 €

Scheda per cure odontoiatriche

La richiesta di rimborso delle prestazioni odontoiatriche deve essere completa della Scheda per cure odontoiatriche (www.fisde.it>Moduli> Scheda per cure odontoiatriche):

- evidenzia le condizioni normative delle prestazioni (codici, descrizione, prestazioni incompatibili, diagnostica richiesta, documenti di supporto dove necessari e limiti temporali dove previsti)
- deve essere compilata dall'odontoiatra che presta le cure
- deve essere sottoscritta dal Socio e dall'eventuale avente diritto (se maggiorenne) per confermare che le prestazioni indicate sono state fruite
- è obbligatoria per tutte le prestazioni odontoiatriche ad **esclusione dell'ablazione tartaro**.

Compilarla correttamente è determinante per la conformità della domanda di rimborso.

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **Scheda per cure odontoiatriche** compilata e sottoscritta
- **documenti fiscali** di spesa (fattura esclusa/esente IVA completa di bollo se di importo superiore a 77,47 € **fatture prive di bollo sono considerate incomplete e non rimborsabili**)
- **documentazione specifica prevista per tipologia di prestazione** come indicato nelle singole voci della Scheda per cure odontoiatriche (vedi sopra).
- **Le immagini richieste** devono essere necessariamente caricate con la domanda di rimborso sulla piattaforma **Fisdeweb, in formato elettronico** .gif .jpg .pdf: **non inviare supporti fisici o cartacei** (non saranno accettati né restituiti).

Attenzione:

- La visita odontoiatrica non è rimborsabile.
- **Le fatture di acconto** possono essere presentate anche oltre il termine dei 60 giorni purché **unitamente alla fattura di saldo**. In questi casi, la scadenza dei 60 giorni viene calcolata a partire dalla data di emissione della fattura a saldo; se la fattura a saldo è stata emessa nel mese di dicembre il termine ultimo di presentazione è il 31 gennaio dell'anno seguente. Il totale delle fatture deve corrispondere al totale delle prestazioni indicate nella **scheda per cure odontoiatriche**.

- **Nel caso di fatture di acconto e di saldo emesse in anni diversi** e presentate con la stessa scheda per cure odontoiatriche, limitazioni e massimali previsti fanno comunque riferimento ad un unico anno che è quello di emissione della fattura a saldo.
- **Non sono ammesse a rimborso fatture emesse da studi o laboratori odontotecnici.** È possibile rimborsare tali fatture solo nel caso in cui siano rilasciate al paziente sulla base di specifica richiesta della struttura pubblica presso la quale è in corso la prestazione odontoiatrica.
- **La scheda per cure odontoiatriche non è necessaria se:**
 - il rimborso viene richiesto solo per l'ablazione tartaro
 - il rimborso viene richiesto per ticket e il Socio sia nell'impossibilità oggettiva di presentare la scheda di dettaglio. In questo caso, però, è necessaria la descrizione dettagliata delle prestazioni eseguite e degli elementi sottoposti a terapie, nella fattura o con certificato sanitario rilasciato dal dentista.

Trattamento ortodontico

- **rimborso:** 80% della tariffa prevista dal Nomenclatore-Tariffario
- **Durata trattamento:** 36 mesi (intercettiva + apparecchio fisso + mobile) + 12 mesi contenzione.
- La durata del trattamento di 48 mesi resta garantita a coloro che abbiano già presentato richieste di rimborso per trattamenti ortodontici iniziati prima del 1° gennaio 2022; in tal caso i trattamenti saranno rimborsati secondo le nuove tariffe del Nomenclatore - Tariffario. **Non sono rimborsabili altre terapie ortodontiche prima di 10 anni dal completamento del precedente ciclo di terapie rimborsate.**

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **Scheda per cure odontoiatriche** compilata e sottoscritta
- **documenti fiscali** di spesa (fattura esclusa/esente IVA completa di bollo se di importo superiore a **77,47 €**, **fatture prive di bollo sono considerate incomplete e non rimborsabili**)
- in caso di più fatture di acconto e una di saldo, i termini di scadenza per la presentazione decorrono dalla data della fattura di saldo (la domanda di rimborso per le fatture di saldo emesse nel mese di dicembre dovrà essere presentata entro il 31 gennaio dell'anno successivo).

Per la prima richiesta allegare:

- relazione con diagnosi, terapia proposta e indicazione della durata del trattamento;
- fotografie intraorali occlusali, frontali e laterali del paziente pretrattamento con nominativo e data di esecuzione:

- fotografia clinica del paziente con l'apparecchio in bocca.

Per le richieste successive alla prima:

- allegare fotografia clinica aggiornata del paziente con l'apparecchio in bocca.

Attenzione:

Per le tipologie di protesi non indicate nel Nomenclatore - Tariffario:

- **Overdenture**
- **Toronto Bridge**
- **Columbus Bridge**

l'odontoiatra potrà compilare la scheda per cure odontoiatriche utilizzando combinazioni di codici presenti, fermo restando il parere del consulente sanitario di Fisce.

Certificato di conformità

Nella **Scheda per cure odontoiatriche** è specificato l'**obbligo** di allegare la dichiarazione di conformità del fabbricante **per ogni prestazione in cui è necessaria**. Si tratta della certificazione dei lavori eseguiti dal laboratorio odontotecnico registrato presso il Ministero della Salute, come previsto dalle normative vigenti ("Dichiarazione di conformità alla direttiva 93/42/CEE" prevista dall'Allegato VIII del D. Lgs 24 febbraio 1997 n.46). Originale della dichiarazione di conformità deve essere a disposizione del Ministero della Sanità, Autorità Competente ai sensi del D.L. 46/97.

Il certificato di conformità deve indicare:

- dati del fabbricante, compresi il numero di iscrizione del fabbricante nel registro del Ministero della Salute (ITCA), la data e la firma dello stesso
- dati del paziente
- nominativo del Medico che ha prescritto la protesi
- descrizione dettagliata della protesi, elementi per i quali viene fabbricata e materiali utilizzati per la realizzazione dei manufatti.

Attenzione:

- Nel caso di difformità tra i codici indicati dal medico curante nella scheda odontoiatrica e quanto dichiarato nel certificato di conformità, vengono liquidati i codici corrispondenti al certificato di conformità.
- Le domande di rimborso per prestazioni odontoiatriche effettuate all'estero devono possedere i medesimi requisiti di quelle effettuate in Italia. Non sono previsti rimborsi per viaggio e soggiorno.

Fatture emesse prima delle cure per finanziamento

Se il Socio si avvale di un finanziamento per il pagamento delle cure odontoiatriche, tramite società finanziaria, deve inserire la **richiesta entro 60 giorni dalla data di fatturazione**, per le fatture emesse durante il mese di dicembre entro il 31 gennaio dell'anno successivo.

La pratica sarà completata per il rimborso con la **documentazione specifica prevista per tipologia di prestazione** (come indicato nelle singole voci della Scheda per cure odontoiatriche) al termine delle cure.

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **Scheda per cure odontoiatriche** compilata e sottoscritta
- **copia della richiesta di finanziamento** con il relativo riconoscimento
- **documenti fiscali di spesa**
(fattura esclusa/esente IVA completa di bollo se di importo superiore a **77,47 €** **fatture prive di bollo sono considerate incomplete e non rimborsabili**).

► Assistenza infermieristica continuativa

Rimborso:

- solo in caso di evento morboso acuto
- per 24 ore € 96/giorno
- per servizio diurno o notturno € 48/giorno
- max 180 giorni

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **documento fiscale** di spesa con descrizione dettagliata della/delle prestazione/i eseguita/e
(fattura esclusa/esente IVA completa di bollo se di importo superiore a **€ 77,47** **fatture prive di bollo sono considerate incomplete e non rimborsabili**)
- **certificato della struttura sanitaria** dove è avvenuto il ricovero
- in assenza di ricovero, **certificazione** rilasciata da un medico di struttura pubblica attestante che si è in presenza di un **evento morboso e non cronico**.

Attenzione: per assistenza infermieristica continuativa si intende esclusivamente quella prestata da infermiere diplomato.

► Lenti e montature da vista

- **Lenti** (da vicino o da lontano o bifocali/prismatiche o multifocali/ progressive) esclusivamente per la correzione del visus o difetti oculari **ogni due anni**
Montatura ogni tre anni
- **Lenti a contatto** in alternativa alle lenti per occhiali **ogni due anni**

Lenti e montature da vista fino a 14/18 anni

- Un paio di occhiali (lenti e montatura) ogni anno o lenti a contatto in alternativa se variazione di visus fino a 14 anni
- un paio di occhiali (lenti e montatura) ogni anno se variazioni anatomiche fino a 18 anni.

Rimborso: 100% della tariffa del Nomenclatore-Tariffario.

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **fattura o scontrino fiscale parlante**, con dettaglio dei costi per le lenti e per la montatura
- **Scheda per lenti e montature** (scaricabile su www.fisde.it>Moduli> Assistenza indiretta) oppure prescrizione del medico oculista o dichiarazione dell'ottico che attesta il difetto del visus, in data **non successiva** al documento fiscale di riferimento.

Attenzione:

- **Per la convenzione Edison, lenti e montatura sono rimborsabili ogni tre anni.**
- In presenza di cheratocongiuntivite Vernal il rimborso per occhiali da sole (Lenti Vernal) è da considerarsi in aggiunta ad altra richiesta di lenti e montature.
- Nel caso di **lenti usa e getta**: presentare un'unica richiesta di rimborso entro la fine dell'anno solare e comunque, entro e non oltre 60 giorni dalla data dell'ultima fattura o scontrino parlante (da inserire come data fattura) oppure entro il 31 gennaio dell'anno successivo se ultima fattura o scontrino parlante sono emessi durante il mese di dicembre.

► Spese viaggio e soggiorno

Unicamente se connessi ad alcune prestazioni **effettuate in Italia** (vedi dettaglio che segue) **sono rimborsabili:**

- **trasporto in ambulanza per ricovero** da e verso casa di cura/ospedale, compreso il pronto soccorso: **50% di rimborso con tetto annuo € 1.200**

- **trasporto con mezzi pubblici e/o privati** per raggiungere la struttura sanitaria ubicata ad una distanza di **almeno 100 Km** dalla residenza del Socio in caso di:
 - **ricovero**, con o senza intervento chirurgico, in degenza notturna o diurna (day hospital/day surgery);
 - **terapie oncologiche e morbo di Cooley** anche ambulatoriali;
 - **visite specialistiche o accertamenti diagnostici per:**
 - neoplasia maligna metastatica in trattamento, con aggravamento delle condizioni generali
 - chirurgia dell'aorta
 - chirurgia delle valvole cardiache
 - chirurgia di by-pass aorto-coronarico
 - ictus ischemico e emorragico
 - trapianto degli organi principali
 - politraumatismi gravi che non necessitano di intervento chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato
 - ustioni di 3° grado con estensione pari almeno al 30% del corpo
 - cecità
 - sordità totale
 - malattie degenerative del sistema nervoso centrale quali sclerosi multipla, morbo di Parkinson, morbo di Alzheimer
 - malattie rare, quali risultanti dall'elenco presente nel sito www.malattierare.gov.it;
- **soggiorno dell'accompagnatore con rimborso a forfait in caso di ricovero dell'assistito** presso strutture sanitarie ubicate ad una distanza di almeno **100 Km dalla residenza del Socio** e limitatamente al periodo di ricovero.

Rimborso: 100% della tariffa del Nomenclatore-Tariffario.

Documenti per la richiesta di rimborso:

- Modulo **Rimborsi per spese viaggio soggiorno e accompagnatore** (che scarichi da www.fisde.it >**Moduli** >Assistenza indiretta - se per il viaggio l'assistito ha utilizzato l'automobile indicare i chilometri percorsi)
- **Documentazione delle spese di viaggio** (fattura nel caso di ambulanza; se con auto propria, eventuali scontrini autostradali, necessari a documentare il viaggio ma non rimborsabili)
- **Documentazione sanitaria** da cui si evinca la data di entrata e uscita dal luogo di cura e l'attestazione, rilasciata dalla struttura sanitaria, relativa alla presenza dell'accompagnatore (se richiesto rimborso del soggiorno)

- **Richiesta del medico specialista con indicazione della struttura altamente specializzata** in caso di visita specialistica o accertamento diagnostico per la patologia di particolare gravità (dall'elenco dettagliato sopra)

Attenzione:

- Non è ammesso rimborso per spese di viaggio, soggiorno e accompagnatore in caso di intervento chirurgico ambulatoriale.
- **Fermi i limiti di distanza e ubicazione per le prestazioni descritte sopra**, per le persone che fruiscono delle prestazioni del **Regolamento per la disabilità** sono rimborsabili le spese di viaggio dell'assistito e di soggiorno dell'accompagnatore anche per ricoveri, visite specialistiche, accertamenti diagnostici e prestazioni riabilitative di tipo specialistico **strettamente connessi con la situazione di disabilità**.
- La convenzione Fide Open non prevede rimborso per spese di viaggio, soggiorno e accompagnatore.

Anticipazioni altissima chirurgia

È possibile richiedere eventuali anticipazioni, nel caso di altissima chirurgia presso strutture sanitarie superspecializzate e di alta qualifica.

Documenti:

- **preventivo di spesa** (spese sanitarie ed eventuali spese di viaggio e soggiorno).

Il CdA stabilisce se riconoscere l'anticipazione e l'eventuale percentuale.

Attenzione:

- Dopo l'intervento, è necessario presentare cartella clinica e documenti relativi al viaggio e al soggiorno.
- Se la spesa risulta essere minore del preventivo, il Socio deve restituire la differenza, se, invece, rinuncia alle cure deve restituire la somma ricevuta entro 15 giorni o comunque non oltre il 90° giorno dalla data prevista per l'esecuzione dell'intervento.

Prestazioni per familiari non a carico

Le prestazioni previste per i familiari non a carico del Socio ordinario e del Socio aggregato sono:

- visite specialistiche e accertamenti diagnostici durante la **gravidanza**
- **parto**

- **aborto terapeutico**
- cure per la **sterilità/infertilità**

In questi casi (che comprendono anche convivente more uxorio del Socio) la richiesta di rimborso deve essere accompagnata da 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.**

Per le modalità di rimborso e la documentazione necessaria, vedi capitoli dedicati alle singole prestazioni.

Per la valutazione della situazione di carico fiscale del Socio ordinario e del Socio aggregato non si tiene conto:

- per i figli minorenni, della pensione di reversibilità/indiretta dagli stessi percepita a seguito del decesso dell'altro coniuge
- per i figli con disabilità, della borsa lavoro

Prestazioni all'estero

Le prestazioni sanitarie riconosciute come ammissibili dal PSAI sono rimborsabili anche se fruite all'estero, alle medesime condizioni previste per le prestazioni effettuate in Italia, purché la documentazione oggetto di richiesta di rimborso sia tradotta in italiano (non occorre traduzione giurata). **Non è previsto rimborso per spese di viaggio e soggiorno.**

Rimborsi da altri enti

In caso di rimborso corrisposto da altri enti (ASL, assicurazioni sanitarie private o aziendali, fondi) per le spese sanitarie rimborsabili anche da Fide, il rimborso da parte di Fide sarà calcolato tenendo conto delle tariffe del Nomenclatore-Tariffario e non potrà in ogni caso eccedere la quota di spesa rimasta a carico del socio.

Documenti:

- documentazione di spesa e documentazione sanitaria (vedi capitoli delle specifiche prestazioni)
- copia del documento che attesta la somma rimborsata dagli altri enti.

Attenzione: in caso di **rimborso da altro** ente **successivo** alla liquidazione del rimborso Fide, **l'assistito** che ne ha beneficiato **deve restituire a Fide l'eventuale eccedenza** calcolata secondo i criteri di cui sopra.

► Programmi di Medicina preventiva

- Per Soci ordinari e familiari fiscalmente a carico, Soci straordinari, Soci aggregati e relativi familiari fiscalmente a carico, esclusi soci aggregati con convenzione Edison
- Gli assistiti possono rivolgersi a strutture sanitarie e professionisti liberamente scelti.
- **Il limite è di due programmi per anno.**
- La richiesta di rimborso deve essere presentata, compilando l'apposito modulo (scaricabile su www.fisde.it>Moduli>Medicina preventiva), entro il 60° giorno successivo a quello della data dell'ultimo giustificativo di spesa (se la fattura è emessa nel corso del mese di dicembre la scadenza è fissata al 31 gennaio immediatamente successivo).
- **Il rimborso è erogato a condizione che, per ciascun programma siano stati effettuati tutti gli accertamenti previsti dal protocollo, entro tre mesi dalla prima prestazione.**
- Le visite specialistiche dei programmi di medicina preventiva sono escluse dal computo del tetto annuo di visite (max 10 per assistito).

I programmi FISDE

Papilloma virus

Riguarda femmine e maschi nella fascia di età tra 12 e 18 anni.

Prestazione:

Vaccino per la prevenzione del papilloma virus (3 dosi)

Rimborso massimo dell'intero trattamento: € 350

Documentazione per il rimborso:

- Modulo Prevenzione papilloma virus
- fattura comprensiva di bollo ove previsto

Prevenzione del carcinoma della cervice uterina

Riguarda le donne in età compresa tra 21 e 64 anni.

Prestazioni:

- Visita ginecologica
- Pap-test o in alternativa duo-pap (dove disponibile)

Cadenza dei controlli: ogni 2 anni

Rimborso massimo: € 110

Documentazione per il rimborso:

- Modulo Prevenzione cancro della cervice uterina
- fatture comprensive di bollo ove previsto

Prevenzione del cancro della mammella

Riguarda le donne a partire dai 40 anni di età.

Prestazioni:

- RX mammografia
- Ecografia mammaria

Cadenza dei controlli: annuale

Rimborso massimo: € 150

Documentazione per il rimborso:

- Modulo Prevenzione cancro della mammella
- fatture comprensive di bollo ove previsto

Prevenzione del cancro del colon retto

Riguarda uomini e donne in età compresa tra 50 e 74 anni.

Prestazioni:

- Ricerca sangue occulto (SOF-FOBT)
- Colonscopia

Cadenza dei controlli:

- Ricerca del sangue occulto nelle feci ogni anno
- Colonscopia ogni tre anni

Rimborso massimo:

- Ricerca del sangue occulto nelle feci € 5
- Colonscopia € 350

Documentazione per il rimborso:

- Modulo Prevenzione cancro colon retto
- fatture comprensive di bollo ove previsto

Prevenzione urologica

Riguarda i maschi oltre i 50 anni.

Prestazioni:

- Visita urologica
- PSA
- Esami urine completo con sedimento

Cadenza dei controlli: ogni due anni

Rimborso massimo: € 110

Documentazione per il rimborso:

- Modulo Prevenzione urologica
- fatture comprensive di bollo ove previsto

Prevenzione cardiovascolare e dell'ictus cerebrale

Riguarda uomini e donne nella fascia di età fra 35 e 74 anni.

Prestazioni:

- Prelievo ematico (glicemia, colesterolemia totale, trigliceridi, colesterolo HDL, creatininemia)
- Visita cardiologica
- Elettrocardiogramma
- Ecocolordoppler cardiaco
- Ecodoppler vasi epiaortici

Cadenza dei controlli: ogni due anni

Rimborso massimo: € 250

Documentazione per il rimborso:

- Modulo Prevenzione cardiovascolare e ictus cerebrale
- fatture comprensive di bollo ove previsto

Prevenzione osteoporosi

Riguarda le donne a partire dai 45 anni.

Prestazioni:

- Mineralometria o densitometria ossea

- Visita ortopedica

Cadenza dei controlli: ogni due anni

Rimborso massimo: € 120

Documentazione per il rimborso:

- Modulo Prevenzione osteoporosi
- fatture comprensive di bollo ove previsto

Prevenzione tiroide

Riguarda uomini e donne dopo i 50 anni di età.

Prestazioni:

- Ecografia tiroidea
- FT3, FT4, TSH, anticorpi anti-tireoglobulina
- Visita endocrinologica

Cadenza dei controlli: ogni due anni

Rimborso massimo: € 160

Documentazione per il rimborso:

- Modulo Prevenzione tiroide
- fatture comprensive di bollo ove previsto

Prevenzione disturbi metabolici

Riguarda donne e uomini a partire dai 40 anni di età.

Prestazioni:

- Visita specialistica (medicina interna, endocrinologia, malattie metaboliche e del ricambio)
- Bioimpedenziometria
- Esami ematologici: emocromo, azotemia, creatininemia, GOT, GPT, gammaGT, Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺, Mg⁺, glicemia, colesterolo totale e frazionato, trigliceridi, albumina, elettroforesi proteica, FT3, FT4, TSH
- Esame chimico-fisico delle urine

Cadenza dei controlli: ogni due anni

Rimborso massimo: € 200

Documentazione per il rimborso:

- Modulo Prevenzione disturbi metabolici
- fatture comprensive di bollo ove previsto

Prevenzione odontoiatria bambini

Riguarda la fascia di età tra 6 e 11 anni (naturalmente femmine e maschi).

Prestazioni ammesse a rimborso:

- Radiografia ortopantomica
- Seduta di igiene orale e istruzioni d'igiene domiciliare
- Fluoroprofilassi topica
- Sigillatura dei solchi dei molari permanenti

Cadenza dei controlli: una sola volta per fascia di età individuata

Rimborso massimo: € 200

Documentazione per il rimborso:

- Modulo Prevenzione odontoiatria bambini
- fatture comprensive di bollo ove previsto

Visite specialistiche di prevenzione

Le visite specialistiche effettuate nell'ambito della prevenzione sono escluse dal computo del tetto annuo di visite (max 10 per assistito).

- **Prevenzione cardiologica:** visita specialistica cardiologica + ecg
A partire dai 40 anni di età, massimo 1 all'anno
- **Prevenzione dermatologica:** visita specialistica dermatologica + mappa nevica/epiluminescenza
Massimo 1 all'anno
- **Prevenzione ginecologica:** visita specialistica ginecologica + pap test.
A partire dai 20 anni di età, massimo 1 all'anno
- **Prevenzione urologica:** visita specialistica urologica.
Massimo 1 all'anno

Per il rimborso vedi le tariffe di riferimento delle singole prestazioni nel Nomenclatore - Tariffario.

► Prestazioni per le persone con disabilità

Alle prestazioni erogative e assistenziali del **Regolamento per le prestazioni alle persone disabili** possono accedere Soci ordinari, straordinari, aggregati e i loro familiari a carico che rientrino in uno dei casi seguenti:

- persona cui sia stata riconosciuta invalidità 100%
- persona cui sia stata riconosciuta indennità di accompagnamento
- giovani, di età inferiore ai 18 anni, riconosciuti invalidi civili
- cecità assoluta
- sordomutismo
- Legge 104/92 art.3 comma 1 per:
 - i Soci ordinari e aggregati (in servizio)
 - entro il limite dei 40 anni di età per i Soci straordinari e i familiari a carico dei Soci ordinari, aggregati e straordinari.

In caso di superamento dei limiti di età oppure di modifica dello status di Socio (es. da Socio ordinario a Socio straordinario):

- sarà possibile continuare a fruire delle prestazioni se appartenente ad un altro dei casi sopra indicati
- sarà comunque necessario presentare una nuova Domanda di accesso.

Domanda di accesso

Per fruire delle prestazioni del Regolamento per le persone con disabilità è necessario presentare domanda di accesso alle prestazioni completa:

- **Domanda di accesso alle prestazioni per le persone disabili** (scarica il modulo da [www.fisde](http://www.fisde.it)>Moduli>Disabili)
- **Certificazione sanitaria rilasciata dalla Commissione Medica Competente** (invalidità pari al 100%; riconoscimento indennità di accompagnamento; minore invalido, ciechi assoluti, sordomuti, legge 104 per i Soci ordinari e aggregati ed entro il limite dei 40 anni i Soci straordinari ed i familiari a carico)

Per inviare la domanda entra in **Fisdeweb** (da www.fisde.it) e seleziona **Spazio Posta**.

Attenzione:

- Verificata la sussistenza dei requisiti previsti, il **diritto alle prestazioni** decorrerà dalla **data di presentazione della domanda**.
- In caso di **visita di revisione** - se prevista dalla certificazione sanitaria della Commissione Medica - **è obbligatorio trasmettere a Fisce la documentazione e l'esito**.
- Fino a **12 mesi successivi** alla data prevista nella certificazione sanitaria per la visita di revisione, l'interessato che non sia stato ancora convocato potrà **continuare a fruire delle prestazioni con riserva presentando il modulo di domanda accesso alle prestazioni barrando la voce specifica**.

► **Prestazioni sanitarie**

Previste dal Nomenclatore - Tariffario e **connesse alle patologie della disabilità**.

Rimborso:

- 50% della spesa sostenuta (vedi primo punto delle condizioni specifiche che seguono)
o se più favorevole
- 100% della tariffa di riferimento del tariffario

Condizioni specifiche:

- il rimborso del 50% della spesa sanitaria sostenuta non deve superare 1,5 volte il valore della tariffa di riferimento nel Nomenclatore-Tariffario e non si applica alle prestazioni per le quali sia previsto un tetto massimo di rimborso (mensile, annuale, ecc.).
- **Fisiochinesiterapia:**
50% della spesa sostenuta con tetto massimo € 500/mese
- **Odontoiatria:**
50% della spesa sostenuta con tetto massimo € 5.000/anno
- **Ticket analisi cliniche:** non si applica franchigia
- **Farmaci connessi alla condizione di disabilità** (esclusi integratori e rimedi omeopatici comunque denominati): 50% della spesa sostenuta
- **Psicoterapia** (consulenza individuale, psicoterapia, seduta psicologica di sostegno): 50% della spesa sostenuta con tetto € 2.500/anno
- **Psicologia dell'educazione, prevenzione, abilitazione, riabilitazione:**

€ 5.000/anno (il C.d.A. si riserva di esaminare i casi relativamente ai quali la spesa sostenuta sia superiore a € 10.000);

- **Assistenza infermieristica:**
50% della spesa sostenuta con tetto massimo € 350/mese (ancorché non riconducibile ad evento morboso acuto)
- **Analisi cliniche in regime privato:** (strettamente connesse con la situazione di disabilità, non effettuate in ambito di ricovero)
50% della spesa sostenuta
- **Ricovero in casa di cura per riabilitazione:** 80% della spesa sostenuta con tetto massimo € 620/mese
- **Spese di viaggio:** per assistito e accompagnatore per ricoveri, visite specialistiche, accertamenti diagnostici e prestazioni riabilitative di tipo specialistico **strettamente connessi con la situazione di disabilità** se la struttura sanitaria si trova **in Italia a 50 km dal comune di residenza**
- **Spese soggiorno:** per assistito e accompagnatore per ricoveri, visite specialistiche, accertamenti diagnostici e prestazioni riabilitative di tipo specialistico **strettamente connessi con la situazione di disabilità** se la struttura sanitaria si trova **in Italia a 100 km dal comune di residenza.**

► **Prestazioni assistenziali**

Rimozione di barriere architettoniche

Per il riconoscimento del rimborso, è necessaria delibera del CdA Fide.

Rimborso:

- 30% della spesa
- tetto massimo assoluto di € 5.000, anche come sommatoria di più interventi nel corso degli anni

Documenti:

- fatture/ricevute fiscali
- copia del bonifico bancario o postale (ai fini del rimborso non sono ammesse altre modalità)
- documentazione attestante l'avvenuta richiesta di intervento delle strutture pubbliche
- documentazione tecnica (progetto firmato da professionista abilitato)

- documentazione fotografica antecedente e successiva alla rimozione delle barriere

Accessori auto

Per il riconoscimento del rimborso, è necessaria delibera del CdA Fide.

Rimborso:

- 50% della spesa solo per l'installazione di specifici accessori o sostituzioni degli stessi in caso di usura
- tetto massimo di rimborso di € 2.500, ogni sette anni. Al tetto massimo concorrono anche i rimborsi per spese di manutenzione degli accessori

Documenti:

- fatture/ricevute fiscali
- documentazione attestante l'avvenuta richiesta di intervento delle strutture pubbliche

Interventi di natura socio-pedagogica e socioassistenziale

Solo in caso di indennità d'accompagnamento.

Rimborso:

- 50% della spesa
- tetto massimo annuo di € 5.000 (il CdA si riserva di esaminare i casi relativamente ai quali la spesa sostenuta sia superiore a € 10.000).

Documenti:

- fatture/ricevute fiscali
- relazione dello specialista o del consulente di Fide sulle finalità dell'intervento
- documentazione del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento

Interventi in favore della famiglia

Consulenza, formazione e psicoterapia alla famiglia

Rimborso:

- 80% della spesa
- tetto massimo annuo di € 2.500

Documenti:

- fatture/ricevute fiscali
- relazione dello specialista o del consulente di Fisce sulle finalità dell'intervento

Supporto scolastico, materiali e strumenti didattici ecc.

Fino a 26 anni compiuti (previo parere favorevole dei consulenti di Fisce)

- **Supporto scolastico, materiale e strumenti didattici specifici per la situazione di disabilità**

Rimborso:

- 80% della spesa
- tetto massimo annuo di € 1.500

Documenti:

- fatture/ricevute fiscali

- **Acquisto di accessori e ausili informatici (hardware) per fini didattici e formativi**

Per il riconoscimento del rimborso è necessaria delibera del CdA Fisce.

Rimborso:

- 80% della spesa
- tetto massimo assoluto di € 300

Documenti:

- fatture/ricevute fiscali

- **Acquisto software informatici esclusivamente ai fini didattici e formativi**

Per il riconoscimento del rimborso, è necessaria delibera del CdA Fisce.

Rimborso:

- 80% della spesa
- tetto massimo biennale di € 150

Documenti:

- fatture/ricevute fiscali

• **Trasporto casa/scuola**

Nel caso l'Ente locale non effettui tale servizio (non rimborsabili trasporti con autovetture private o taxi).

Rimborso:

- 80% della spesa sostenuta
- tetto massimo annuale di € 600

Documenti:

- fatture/ricevute fiscali
- relazione dello specialista o del consulente di Fisce
- documentazione attestante l'iscrizione scolastica
- dichiarazione dell'Ente Locale di non effettuare servizio di trasporto casa/scuola e di non erogare contributi sostitutivi del servizio

Formazione – integrazione lavorativa e socioterapeutica

Contributo alla partecipazione ad attività di formazione lavorativa dei giovani disabili non occupati fino al compimento dei 40 anni e sostegno alla partecipazione dei giovani disabili di età compresa fra i 18 e 40 anni compiuti a progetti di integrazione lavorativa o socioterapeutica.

Rimborso: il CdA approva in via preventiva le singole richieste e il relativo importo.

Documenti: preventivo di spesa

Interpretariato, lettore accompagnatore

Rimborso:

- 80% della spesa sostenuta
- tetto massimo annuale di € 1.000

Documenti:

- fatture/ricevute fiscali
- documentazione attestante l'avvenuta richiesta di intervento delle strutture pubbliche

Assistenza domiciliare e case di riposo

Solo in caso di indennità di accompagnamento.

Prevista delibera del CdA Fisce.

Rimborso:

- **Assistenza domiciliare:** 80% spesa sostenuta e tetto € 350/mese
- **Ricovero in casa di riposo:** 80% spesa sostenuta e tetto € 310/mese

Documenti:

- fatture/ricevute fiscali
- buste paga e copia dei bollettini dei versamenti previdenziali effettuati all'INPS
- documentazione attestante l'avvenuta richiesta di intervento delle strutture pubbliche
- documentazione del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento

Agevolazioni per le attività di socializzazione

Agevolazioni per la partecipazione di giovani con disabilità di grado non elevato a soggiorni ARCA del catalogo "ARCA GIOVANI" (rimborso per la presenza di eventuale accompagnatore del giovane disabile: quota di partecipazione + rimborso spese sostenute e fatturate per un massimo di € 75 al giorno/15 giorni).

Prestazioni e attività associative

Sono iniziative di carattere sociosanitario rivolte all'intera comunità degli assistiti e delle loro famiglie, deliberate dal CdA che ne stabilisce le modalità di partecipazione.

Le iniziative riguardano:

- attività formative
- **soggiorni in favore dei disabili non autosufficienti, finalizzati a favorire socializzazione, stili di vita attiva e autonomia.**

I soggiorni vengono pubblicizzati ogni anno su www.fisce.it, nel periodo compreso tra febbraio e marzo.

Nel mese di aprile vengono indicate le modalità per la richiesta di partecipazione ai soggiorni.

La partecipazione ai soggiorni è riservata agli assistiti in età compresa tra 14 anni compiuti e i 40 anni compiuti.

► Prestazioni di emergenza sociale

Si tratta del sostegno economico ai costi di realizzazione di un programma di riabilitazione che può riguardare Soci ordinari, straordinari, aggregati e i loro familiari a carico per una delle seguenti forme di patologia, dipendenza, disturbo o di disadattamento sociale:

- tossicodipendenza
- alcolismo
- disabilità dell'apprendimento
- disturbi psichiatrici dell'età evolutiva
- disturbi psichiatrici dell'adulto
- disturbi del comportamento

L'elenco dei disturbi e delle dipendenze recepisce costantemente quanto emerge dall'evoluzione degli scenari sociali e culturali.

Domanda di accesso

Per accedere alle prestazioni del **Regolamento per le prestazioni alle persone in situazione di emergenza** sociale è necessario innanzitutto presentare domanda completa:

- **Domanda di accesso alle prestazioni per emergenza sociale** (il modulo è scaricabile da [www.fisde.it/Moduli/Emergenze sociali](http://www.fisde.it/Moduli/Emergenze-sociali))
- Programma o piano di riabilitazione predisposto da specialisti nella branca corrispondente alla patologia, con l'indicazione dei costi presunti e della durata.

Per inviare la domanda entra in **Fisdeweb** (da www.fisde.it) e seleziona **Spazio Posta**.

Rimborso:

- 80% della spesa sostenuta per il programma di riabilitazione, per un periodo massimo di 2 anni
- tetto di € 2.500 per singola terapia
- tetto annuale fino a € 5.000 (nel caso di due programmi).

Rimborsi per stesse terapie anche se eseguite al di fuori del programma di riabilitazione concorrono al raggiungimento del tetto massimo.

Documenti per la richiesta di rimborso (può essere presentata solo dopo l'approvazione Fide del piano di riabilitazione):

- documento fiscale di spesa
(fattura esclusa/esente IVA completa di bollo se di importo superiore a € 77,47 **fatture prive di bollo sono considerate incomplete e non rimborsabili**).

Adempimenti e scadenze

La domanda di rimborso

Fisdeweb è la tua area personale per tutti i rimborsi e i servizi Fisce,

La **domanda di rimborso** deve essere:

- **completa** di tutta la documentazione richiesta per ciascuna prestazione, come dettagliato nelle pagine precedenti
- **sottoscritta** ove previsto
- **fiscalmente in regola.**

Per inviare la domanda di rimborso entra in **Fisdeweb** da www.fisde.it (o da Intranet Enel).

Attenzione: la documentazione composta da immagini (radiografie, CD, fotografie) va inserita direttamente con la domanda di rimborso, su Fisdeweb, in formato elettronico .gif .jpg .pdf: qualsiasi altra forma di invio di supporti fisici e/o cartacei non verrà accettata né restituita.

Da Fisdeweb accedi a tutte le informazioni sulla domanda di rimborso presentata e sullo stato di lavorazione della pratica.

I Soci straordinari cessati dal servizio fino al 31 dicembre 2020, possono ancora inviare domande di rimborso e altre pratiche con raccomandata A.R. a FISDE - Via Nizza 152 00198 Roma:

- compila e sottoscrivi il **Modulo per rimborso prestazioni sanitarie fruito in forma indiretta** (scarica da www.fisde.it>Moduli>Assistenza indiretta)
- in caso di prestazioni disabili o emergenze sociali usa il **Modulo rimborso prestazioni alle persone disabili e in situazione di emergenza sociale.**
- **allega in fotocopia i documenti fiscali di spesa e gli eventuali documenti sanitari**

Scadenza per la domanda di rimborso

- **60 giorni dalla data del documento di spesa** (fatture/ricevute fiscali)
- **31 gennaio** dell'anno successivo per ticket del SSN/SSR e per documenti di spesa emessi nel mese di dicembre.

Attenzione: le domande di rimborso presentate oltre i termini saranno respinte.

Gli aspetti amministrativi

- Fatture con IVA: non occorre marca da bollo
- **Fatture senza IVA: obbligatoria marca da bollo da 2 €** per importi superiori a 77,47 €
Se non assolta in modo virtuale (con espressa dicitura sulla fattura), la marca da bollo deve essere apposta materialmente.
Fatture prive di bollo sono incomplete e non rimborsabili.
- **Se la prestazione è a favore del familiare maggiorenne**, è obbligatoria la dichiarazione/consenso al trattamento dei dati (**Dichiarazione familiare maggiorenne** scaricabile su www.fisde.it>Moduli> Assistenza indiretta)
- **Se la prestazione è a favore di persona con disabilità** tale da non poter esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati, è necessaria **copia della nomina del giuramento dell'Amministratore di sostegno o del Tutore** (una sola volta).

Sospensione e integrazione della pratica

La **domanda di rimborso non conforme** ai requisiti necessari viene **sospesa per 30 giorni**.

La sospensione e i motivi che l'hanno resa necessaria sono notificati su Fisdeweb con indicazione della data di pubblicazione (nei campi Stato e Nota della Scheda pratica di rimborso).

Con l'email di avviso al Socio inviata al momento della sospensione vengono comunicate le motivazioni della sospensione e quali documenti servono per completare correttamente la domanda di rimborso entro il termine di **30 giorni**.

- Entra in Fisdeweb (Pratiche sospese)
- Completa la domanda con l'integrazione richiesta (AGGIUNGI nella Scheda della pratica)
- Non segnalare l'avvenuta integrazione: la domanda di rimborso completata tornerà rapidamente in lavorazione
- La documentazione inviata per posta elettronica non è ritenuta valida.

Decorso inutilmente il termine di 30 giorni dalla notifica della sospensione (data di pubblicazione), la domanda di rimborso è respinta.

Segui sempre lo stato di lavorazione della domanda di rimborso su Fisdeweb (se sospesa puoi individuarla immediatamente usando il tasto/funzione **Pratiche sospese**) per evitare che eventuali problemi di ricezione della posta elettronica ti impediscano di completare la pratica.

Rimborsi in pagamento

Erogazione: bonifico bancario

L'**IBAN** utilizzato per il pagamento dei rimborsi è quello registrato nei Dati anagrafici del **Profilo personale su Fisdeweb**: entra, verifica e correggi se errato.

I Soci ordinari e i Soci aggregati per modificare l'IBAN devono comunicare la variazione all'Azienda da cui dipendono (l'aggiornamento anagrafico da parte delle Società è mensile).

Contestazioni

Eventuali contestazioni sull'esito della domanda di rimborso devono essere inviate per iscritto a Fide entro **60 giorni dalla comunicazione dell'esito** della richiesta di rimborso (negativo o parzialmente positivo). L'esito è notificato **su Fisdeweb**, con indicazione della data di pubblicazione (vedi Note nella scheda della pratica).

Non sarà esaminato e valutato da Fide il ricorso presentato dal Socio per contestare il rigetto della domanda di rimborso in caso di:

- mancata osservanza dei termini regolamentari per la presentazione delle domande di rimborso

- mancato rispetto della scadenza per l'integrazione di domande di rimborso sospese
- trasmissione della domanda in modalità diversa da quelle previste dalla normativa
- contestazione reiterata per il rigetto totale o parziale di una richiesta di rimborso per la quale il socio ha già avuto risposta scritta dal Fondo.

Per contestazioni e ricorsi scrivi a info.fisde@fisde.it oppure a FISDE Via Nizza 152, 00198 Roma.

Documentazione fiscale

Obbligo per rimborsi e servizi a familiari a carico maggiorenni.

In caso di prestazioni rimborsate e servizi per familiari maggiorenni a carico nel corso dell'anno precedente, è necessario trasmettere a Fisde la documentazione fiscale (riferita all'anno del rimborso) entrando in **Fisdeweb** e utilizzando il tasto **Documentazione Fiscale**.

- **Scadenza: 31 luglio dell'anno successivo al rimborso**
L'obbligo di inviare la documentazione fiscale deve essere assolto entro il 31 luglio dell'anno successivo a quello in cui è stato percepito il rimborso per il familiare maggiorenne a carico.
- **Sospensione temporanea dei pagamenti: dal 1° agosto**
In caso di mancato adempimento dell'obbligo di inviare la documentazione fiscale entro il 31 luglio, dal giorno successivo **vengono sospese eventuali erogazioni** verso il Socio inadempiente (pagamento di ulteriori pratiche ed eventuale saldo delle pratiche dell'anno precedente). Resta attiva la possibilità di presentare eventuali domande di rimborso. **La sospensione sarà annullata quando il Socio regolarizzerà la propria posizione con l'invio della documentazione fiscale e l'eventuale restituzione degli importi ricevuti per familiari non a carico.**
- **Blocco inserimento pratiche: dal 1° gennaio dell'anno seguente**
Il Socio che non regolarizza la propria posizione entro il 31 dicembre (presentando la documentazione fiscale oppure restituendo gli importi indebitamente percepiti), dal 1° gennaio non potrà presentare domande di

rimborso per prestazioni relative al nuovo esercizio finanziario, né fruire di altre prestazioni del Fondo.

Consulta la **Guida familiari a carico** disponibile su www.fisde.it per il dettaglio di tutte le informazioni relative agli adempimenti per familiari a carico, compresa la Riammissione ai rimborsi/servizi.

Obbligo per i Soci straordinari per reversibilità

Per la verifica della spettanza di rimborsi e prestazioni dell'anno in corso è necessario trasmettere a Fisde entro il 30 settembre copia della dichiarazione reddituale dell'anno precedente.

Consulta la **Guida Soci straordinari per reversibilità** disponibile su www.fisde.it per i dettagli e tutte le informazioni relative agli adempimenti.

Agenzia delle Entrate

Come previsto per Legge, Fisde comunica ad Agenzia delle Entrate i rimborsi sanitari erogati al Socio nell'anno precedente.

Non è invece un obbligo di legge ma un supporto ai Soci: Fisde, nel periodo di compilazione della dichiarazione dei redditi, mette a disposizione dei Soci, come utile riferimento, il **riepilogo dei rimborsi erogati** nell'anno precedente e per i Soci straordinari l'**attestazione del contributo versato** come quota d'iscrizione/rinnovo nell'anno precedente

Entra in **Fisdeweb** e seleziona **Download Documenti e Certificazioni** per scaricare i documenti riferiti all'anno di pagamento.

www.fisde.it e Fisdeweb

www.fisde.it

Il sito Fisde e la mappa dei contenuti

► **Notizie e aggiornamenti su normativa e procedure nelle info**

Leggi le più importanti accessibili direttamente dai titoli che sono in homepage (sotto ai 3 box).

► **Modalità, documenti e scadenze nelle Guide operative**

- **Guida alle prestazioni** il manuale di orientamento che stai consultando ora, che sintetizza normativa e procedure
- **Guida familiari a carico** per gli adempimenti necessari in caso di rimborsi per familiari a carico
- **Guida soci per reversibilità** tempi e modalità di presentazione della dichiarazione reddituale dei Soci straordinari “superstiti”

Vai alle Guide direttamente dall’homepage
(in basso le copertine e il pulsante per entrare)

Menù in alto:

- **Fisde**
 - per approfondire governance, Soci, Organi, Aziende associate, Struttura organizzativa
 - per consultare lo Statuto
 - per accedere a Modello 231/01 e Codice etico
 - per la Privacy
 - per conoscere i bilanci

- **Info**

Consulta tutte le **comunicazioni del Fondo** per essere aggiornato su modifiche normative, procedure, funzionamento, uffici.

Le info più importanti sono accessibili direttamente dall’homepage: basta cliccare sui titoli che scorrono nella parte bassa della pagina.

- **Attività**

Per entrare nel merito della mission del Fondo e conoscere le diverse modalità dell'assistenza sanitaria al Socio

- Assistenza sanitaria in strutture convenzionate
 - Rimborsi delle prestazioni sanitarie
 - Programma di consulenza psicologica
 - Programmi di medicina preventiva
 - Prestazioni e servizi alle persone disabili
 - Prestazioni alle persone in situazione di emergenza sociale
- (Anche dalle immagini in homepage)

- **Norme**

Dove consultare tutti i documenti normativi:

- Regolamento per le prestazioni sanitarie
- Regolamento per le prestazioni alle persone disabili
- Regolamento per le prestazioni alle persone in situazione di emergenza sociale
- PSAI (Piano Sanitario Assistenziale Integrativo)
- Nomenclatore - Tariffario

- **Moduli**

Scarica la modulistica necessaria alle diverse attività del Fisce

- **Contatti**

Dove sono indicati i canali di contatto con Fisce

- **Entra in Fisdeweb**

Per entrare sulla piattaforma dei servizi di Fisce, direttamente nel profilo personale Socio dove:

- inviare tutte le pratiche
- controllare i dati registrati nel profilo anagrafico e correggerli se necessario
- seguire l'evoluzione e le notifiche dello stato di tutte le domande di rimborso

BOX in homepage:

I tre box in evidenza nella homepage richiamano l'attenzione su contenuti e funzioni importanti

- **Salute è prevenzione**

per iniziare un percorso di prevenzione oncologica che promuove uno stile di vita responsabile e scelte consapevoli sulla salute

- **Info e Comunicati**

Entra direttamente nella pagina delle **Info**, per consultare **tutte le**

comunicazioni del Fide su modifiche normative, procedure e attività.

- **Fisdeweb**

Anche da qui entri in Fisdeweb, nel profilo personale Socio dove:

- inviare tutte le pratiche
- controllare l'anagrafica e se necessario correggere i dati
- seguire l'evoluzione dello stato di tutte le domande di rimborso

► Per la tua richiesta di rimborso entra in Fisdeweb

Da www.fide.it > Entra in Fisdeweb, clicca su ENTRA e inserisci le tue credenziali:

Identificativo:

Password:

Le hai dimenticate?

Seleziona **Recupero Password** (inserisci l'email di utenza del tuo profilo personale)


Recupero Nome Utente e Password (inserisci il tuo Codice Fiscale): il sistema ti invierà le credenziali all'indirizzo email di utenza (registrato nei tuoi dati anagrafici).

Da Intranet ENEL puoi entrare direttamente in Fisdeweb.

Le funzioni utili in FISDEWEB

- per inserire la domanda di rimborso usa il pulsante **Nuova Richiesta Forma Indiretta**.
- segui lo **stato di lavorazione delle tue domande di rimborso** selezionando il pulsante **Le tue richieste di rimborso**:
 - **DA INVIARE** - hai inserito la richiesta di rimborso ma non hai concluso l'invio (**clicca su INVIA**)
 - **INVIATA** - hai completato l'invio della richiesta di rimborso e devi attendere la presa in carico della pratica
 - **ANNULLATA** - la pratica non ha seguito perché è stata da te annullata
 - **IN LAVORAZIONE** - la pratica è in valutazione
 - **SOSPESA** - in fase di lavorazione è emersa necessità di integrazione, ulteriore documentazione o chiarimento, entra nella pratica per verificare il motivo della sospensione e la data e provvedi all'integrazione necessaria entro 30 giorni (il sistema ti ha già inviato email di avviso)
 - **LAVORATA** - le attività di lavorazione sono completate salvo buon fine (in attesa dell'esito finale dei controlli)
 - **POSITIVA** - la pratica ha esito positivo ed è in attesa di passare in

liquidazione

- **IN EMISSIONE** - la pratica è pronta per la fase di pagamento
 - **IN PAGAMENTO** - la pratica è in fase di elaborazione del pagamento
 - **EROGATA** - la pratica è pagata, puoi consultare il prospetto che riepiloga i dati del pagamento cliccando su  (colonna a sinistra)
 - **FRANCHIGIA O LIMITI** - la pratica non ha seguito perché le spese documentate rientrano in franchigie o superano i limiti previsti dalla normativa
 - **NEGATIVA** - la pratica ha avuto esito negativo, entrando nella schermata della pratica puoi verificare la motivazione
- usa i pulsanti corrispondenti per visualizzare direttamente le **Pratiche sospese**, ed i **Pagamenti Pratiche**.
 - consulta la rete Fide delle strutture convenzionate per le prestazioni dirette attraverso **Cerca un Centro Convenzionato** o **Ricerca per Prestazione** potrai conoscere anche la tariffa prevista, la quota che Fide rimborsa alla struttura e **l'eventuale importo a tuo carico**.
 - seleziona il pulsante **Spazio Posta** per inviare:
 - Domanda di accesso alle prestazioni disabili
 - Domanda di accesso prestazioni emergenza sociale
 - Domanda iscrizione Socio straordinario
 - Variazione carico familiare
 - per scaricare il tuo bollettino MAV con la quota annuale di rinnovo entra in **Tesseramenti Soci Straordinari**
 - usa il pulsante **Documentazione Fiscale** quando devi trasmettere
 - documentazione attestante familiari a carico dell'anno precedente
 - dichiarazione reddituale per Socio straordinario superstite/reversibilità
 - dal pulsante **Download Documenti e Certificazioni** scarica
 - riepilogo rimborsi erogati nell'anno precedente
 - l'attestazione del contributo versato per la quota Socio straordinario dell'anno precedente
 - **Dati anagrafici e Nucleo familiare** ti permette di entrare direttamente nel tuo profilo, verificare (e modificare se presente l'immagine della matita):
 - componenti del nucleo familiare
 - dati anagrafici
 - dati bancari
 - Nome Utente ed **email di utenza (per cambio o recupero password)**
 - indirizzo
 - contatti