



Guida alle prestazioni

Aggiornamento 1 gennaio 2024

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

1. La normativa	pag. 3
2. Soci	pag. 5
3. Assistenza sanitaria – assistenza indiretta e diretta	pag. 11
o Rimborso delle prestazioni	pag. 12
Le Prestazioni	pag. 14
o Ricoveri - interventi chirurgici – parto	pag. 15
o Visite specialistiche	pag. 20
o Accertamenti diagnostici ambulatoriali	pag. 22
o Interventi chirurgici ambulatoriali	pag. 24
o Fisiochinesiterapia	pag. 25
o Psicoterapia	pag. 26
o Terapia per sterilità/infertilità	pag. 27
o Allergie e vaccini	pag. 28
o Ticket SSN/SSR	pag. 29
o Ticket analisi cliniche	pag. 29
o Presidi, protesi e apparecchi acustici	pag. 30
o Odontoiatria	pag. 32
o Assistenza infermieristica continuativa	pag. 36
o Lenti e montature da vista	pag. 36
o Spese viaggio e soggiorno	pag. 37
o Anticipazioni per altissima chirurgia	pag. 39
o Prestazioni all'estero	pag. 39
o Rimborsi da altri enti	pag. 40
o Prevenzione	pag. 41
o Prestazioni per le persone con disabilità	pag. 44
o Prestazioni di emergenza sociale	pag. 50
4. Adempimenti e scadenze	pag. 51
o Attivazione della copertura Fisce per i familiari a carico	pag. 51
o La richiesta di rimborso	pag. 53
o Scadenza per la richiesta di rimborso	pag. 54
o Gli aspetti amministrativi	pag. 54
o Sospensione e integrazione della pratica	pag. 55
o Contestazioni	pag. 56
o Documentazione fiscale	pag. 56
o Agenzia delle Entrate	pag. 58
5. www.fisde.it e Fisdeweb	pag. 59

La normativa

Scopo istituzionale di Fide è garantire ai Soci l'assistenza sanitaria integrativa:

- rimborsi per le prestazioni sanitarie in forma indiretta o in forma diretta attraverso la rete di strutture convenzionate
- interventi per l'assistenza alle persone con disabilità o con problemi connessi alle cosiddette emergenze sociali (a esempio tossicodipendenza e alcoolismo)
- iniziative in materia di prevenzione.

Statuto

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

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

Consulta lo [Statuto](#)

Piano sanitario e regolamento delle prestazioni

Lo chiamiamo in breve **Piano sanitario**. Nel Piano sanitario:

- **Principi generali** su prestazioni, rimborsi, competenze e comunicazione
- **Prestazioni sanitarie**, con descrizione delle tipologie per le quali si può chiedere rimborso (elenco dettagliato delle prestazioni sanitarie nel Nomenclatore tariffario)
- **Prestazioni per le persone con disabilità**
- **Prestazioni per le persone in situazione di emergenza sociale**
- **Prestazioni della prevenzione**
- **Le prestazioni non rimborsabili**
- **Documenti e prescrizioni necessari**

- **Limiti, massimali e percentuali di rimborso**
- **Richiesta di rimborso e modalità di liquidazione**
- **Controlli e sanzioni**
- **Ricorsi**

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

Consulta il [Piano sanitario](#)

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 Piano sanitario), **con indicazione della frequenza, delle limitazioni e della documentazione necessaria per la richiesta di rimborso nei casi specifici.**

Consulta il [Nomenclatore tariffario](#)

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 [Le Aziende associate alla gestione Enel](#) su www.fisde.it).

Il Socio ordinario usufruisce di Fisde anche per i **familiari fiscalmente a suo carico**.

La copertura Fisde per i familiari a carico non è automatica: per attivarla vedi **Attivazione della copertura Fisde per i familiari a carico (pag. 51)**.

- Verifica i dati e i familiari fiscalmente a carico nel tuo profilo personale in **Fisdeweb**.
- Attiva la copertura Fisde per i familiari fiscalmente a carico con la dichiarazione annuale del carico fiscale in Fisdeweb, vedi pag. 51.
- Su www.fisde.it > Moduli [Variazione dati profilo Socio](#) e [Documentazione fiscale](#) trovi quanto necessario per gestire la tua posizione anagrafica e per i familiari fiscalmente a carico.
- Su www.fisde.it > Le guide operative puoi scaricare la [Guida familiari a carico](#) per tutti gli adempimenti successivi in caso di rimborsi per familiari a carico.

Socio aggregato

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

- **Convenzione Edison** ([vedi le Aziende associate su www.fisde.it](#))
- **Convenzione SEL** ([vedi le Aziende associate su www.fisde.it](#))
- **Convenzione Fisde Open** ([vedi le Aziende associate su www.fisde.it](#))

Il Socio aggregato usufruisce di Fisde anche per i **familiari fiscalmente a suo carico**.

La copertura Fisde per i familiari a carico non è automatica: per attivarla vedi **Attivazione della copertura Fisde per i familiari a carico (pag. 51)**.

- Verifica i dati e i familiari fiscalmente a carico nel tuo profilo personale in **Fisdeweb**.
- Attiva la copertura Fide per i familiari fiscalmente a carico con la dichiarazione annuale del carico fiscale in Fisdeweb vedi pag. 51.
- Su www.fisde.it > Moduli [Variazione dati profilo Socio](#) e [Documentazione fiscale](#) trovi quanto necessario per gestire la tua posizione anagrafica e per i familiari fiscalmente a carico.
- Su www.fisde.it > **Le guide operative** puoi scaricare la [Guida familiari a carico](#) per tutti gli adempimenti successivi in caso di rimborsi percepiti per familiari a carico.

Socio straordinario

Per diventare Socio straordinario è necessario iscriversi a Fide.

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)

Consulta la [Guida Socio straordinario per l'iscrizione e il rinnovo](#)

- **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).

Consulta la specifica [Guida Socio straordinario per reversibilità](#)

I Soci aggregati non possono diventare Soci straordinari.

Il familiare fiscalmente a carico del Socio straordinario può usufruire di Fide **esclusivamente** in caso di **prestazioni per le persone con disabilità** o **prestazioni per le persone in situazione di emergenza sociale** (indicate nelle sezioni 3 e 4 del Piano sanitario).

La copertura Fide per i familiari a carico non è automatica: per attivarla vedi Attivazione della copertura Fide per i familiari a carico (pag. 51).

Documenti per la domanda di iscrizione, caso per caso

- **Accedi direttamente a pensione, cessato il rapporto di lavoro:**

1. [Modulo iscrizione Fide Socio straordinario \(Modulo 31\)](#)
2. copia prima pagina della comunicazione di liquidazione della pensione INPS (in via provvisoria, se non hai ancora la comunicazione puoi allegare copia della domanda di pensione all'INPS insieme alla 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. [Modulo iscrizione Fide Socio straordinario isopensione \(Modulo 32\)](#)

Per il periodo di isopensione la ex società di appartenenza versa a Fide la quota di iscrizione e rinnovo e il Socio deve ancora comunicare le eventuali variazioni del proprio codice IBAN alla ex società di appartenenza.

- **Il rapporto di lavoro è cessato per risoluzione consensuale anticipata, con quota Fide a carico**

1. [Modulo iscrizione Fide Socio straordinario - risoluzione consensuale anticipata e quota Fide a carico del Socio \(Modulo 33\)](#)
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 aggiornato alla data della domanda d'iscrizione e certificato ecocert INPS
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.

Per l'iscrizione:

- verifica di possedere i requisiti sanciti dallo [Statuto \(articolo 5.2\)](#)
- **scarica il [modulo di iscrizione](#)** (su www.fisde.it > Moduli > Iscrizione soci straordinari)
- inviala online
 - ✓ scansiona il modulo compilato e firmato con gli allegati in unico file di dimensioni non superiori a 3 MB
 - ✓ accedi a **Fisdeweb** e seleziona **Spazio Posta**
 - ✓ clicca su NUOVO DOCUMENTO seleziona per tipo di documento DOMANDA ISCRIZIONE SOCIO STRAORDINARIO
 - ✓ SCEGLI e carica il file
 - ✓ INOLTRA IL MODULO (se non puoi inviare un unico file ripeti la procedura per ogni documento da inviare)

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

• **Coniuge superstite o orfano equiparato (di Socio ordinario/straordinario) titolare pensione di reversibilità o indiretta**

1. [Modulo iscrizione Fisde Socio straordinario per reversibilità \(Modulo 34\)](#)
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.

Per l'iscrizione:

- verifica di possedere i requisiti sanciti dallo [Statuto \(articolo 5.2\)](#)
- **scarica il [modulo di iscrizione](#)** (su www.fisde.it > Moduli > Iscrizione soci straordinari)
- invia la domanda di iscrizione completa, modulo compilato e firmato e allegati, a FISDE Via Nizza 152 00198 Roma (raccomandata con ricevuta di ritorno).

In tutti i casi il pagamento della quota annuale è indispensabile per completare l'iscrizione e attivare la copertura dell'assistenza sanitaria Fisde.

Scadenza dell'iscrizione Fisde

Il Socio deve richiedere l'iscrizione a Fisde entro i 6 mesi successivi al mese di cessazione del servizio in azienda, con 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)

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

Validità dell'iscrizione al termine dell'isopensione

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

- **inviare** a Fisde copia della **prima pagina della comunicazione INPS di liquidazione della pensione** (attraverso Spazio Posta, vedi pag. 7)
- **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 Fisde**.

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

Consulta la [Guida Socio straordinario per l'iscrizione e il rinnovo](#)

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 Fide: 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 Fide la ricevuta del pagamento)
- **dal 1° aprile al 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 Fide entro il 30 giugno dell'anno di riferimento.

Il bollettino MAV per il pagamento della quota di rinnovo annuale è su Fideweb, (Tesseramento Soci Straordinari – Scarica MAV).

Il pagamento deve essere eseguito entro la scadenza indicata (il rinnovo è valido se la data di esecuzione dell'ordine di pagamento rispetta la scadenza).

Per pagare la quota annuale + la maggiorazione del 50% **in caso di ritardo dal 1° aprile al 30 giugno** devi scaricare il bollettino MAV aggiornato.

Assistenza sanitaria

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

- è uguale l'importo del rimborso, calcolato con le percentuali previste dal [Piano sanitario](#) sulle tariffe di riferimento indicate nel [Nomenclatore tariffario](#)
- è diversa la modalità di accesso a servizi e prestazioni

Assistenza indiretta

Nella forma indiretta Fide eroga al Socio il rimborso della spesa sanitaria sostenuta.

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 **Fisdeweb**, per centro convenzionato o **per prestazione**
- selezionata la prestazione e la struttura, si evidenzia anche l'eventuale **eccedenza: la differenza tra il costo della prestazione presso la struttura (listino convenzionato) e la tariffa Fide del Nomenclatore tariffario**.
Se la prestazione è rimborsabile con la modalità dell'acconto e saldo, prevista dall'art.7.1 del Piano Sanitario e Regolamento delle prestazioni, oltre al pagamento dell'eccedenza indicata, resta a carico del Socio anche il pagamento dell'eventuale saldo (ulteriori variazioni potranno dipendere dallo specifico piano sanitario e dalla disponibilità residua rispetto ai massimali previsti)
- contatta direttamente la struttura per prenotare
- compila e sottoscrivi la [Richiesta di Autorizzazione per rimborso in forma diretta](#) che la struttura ti fornirà (o puoi scaricare da www.fisde.it > Moduli > Assistenza diretta) e l'eventuale preventivo di spesa della struttura (solo per alcune prestazioni)
- riceverai notifiche via e-mail circa lo stato di avanzamento della richiesta di autorizzazione

Rimborso delle prestazioni

Fisde rimborsa, **in unica soluzione**, il 100% della tariffa indicata dal Nomenclatore tariffario per:

- ricovero con o senza intervento chirurgico
- ricovero per parto naturale e cesareo e aborto terapeutico
- terapie oncologiche e per il morbo di Cooley
- interventi chirurgici ambulatoriali
- emodialisi
- ticket del SSN/SSR
- spese viaggio e soggiorno

Fisde rimborsa **in due fasi, acconto e saldo**, le tipologie di prestazione indicate nella tabella che segue (le percentuali di acconto, saldo e rimborso massimo si calcolano sulle tariffe del Nomenclatore tariffario).

tipologia di prestazione	% acconto	% saldo	% rimborso massimo
Visite specialistiche	70%	30%	100%
Accertamenti diagnostici	70%	30%	100%
Psicologia e psicoterapia	70%	30%	100%
Terapie e vaccini per allergie	70%	30%	100%
Fisiochinesiterapia	70%	30%	100%
Terapie per sterilità e infertilità	70%	30%	100%
Assistenza infermieristica continuativa per evento morboso acuto	70%	30%	100%
Presidi, protesi e apparecchi acustici	70%	30%	100%
Lenti e montature da vista	70%	30%	100%
Diagnostica, cure e protesi odontoiatriche	56%	24%	80%

Per le stesse prestazioni, anche nella forma diretta la liquidazione è in due fasi, quindi il Socio dovrà pagare direttamente alla struttura convenzionata **l'eventuale eccedenza di spesa rispetto all'acconto**.

Al termine dell'esercizio finanziario, compatibilmente con le disponibilità risultanti, il Consiglio di amministrazione delibera la misura e l'erogazione dell'eventuale saldo entro la percentuale limite sopra indicata.

Le prestazioni

Le prestazioni devono essere erogate da strutture sanitarie autorizzate e da professionisti legalmente esercenti.

Consulta il [Piano sanitario](#) per verificare se puoi beneficiarne e per il dettaglio di:

- prestazioni sanitarie ammesse a rimborso (articolo 2.2 del Piano sanitario) e quelle non ammesse rimborso (articolo 2.3 del Piano sanitario)
- [prestazioni e servizi per le persone con disabilità](#) (sezione 3 del Piano sanitario) e prestazioni dedicate alle persone in situazione di [emergenza sociale](#) (sezione 4 del Piano sanitario)
- [prestazioni della prevenzione](#) (sezione 5 del Piano sanitario).

Consulta il [Nomenclatore tariffario](#) per l'elenco delle prestazioni sanitarie, le tariffe di riferimento e tetti e limiti che in alcuni casi condizionano il rimborso:

- il **tetto** è il limite per arco temporale del numero di prestazioni o dell'importo complessivo rimborsabile per prestazione o gruppo di prestazioni (es. tetto di importo per prestazioni odontoiatriche per assistito per anno <1 gennaio-31 dicembre>; numero di visite specialistiche per assistito per anno <1 gennaio-31 dicembre>; ecc.)
- il **limite annuale di frequenza** indica quanti anni <1 gennaio-31 dicembre> devono trascorrere per poter fruire nuovamente di rimborso per la stessa prestazione (es. ogni 2 anni, ogni 3 anni, ecc.); anche per la prima applicazione di un limite annuale di frequenza si tiene conto di prestazioni già fruite negli anni precedenti
- il **limite di ricorrenza nell'arco della vita associativa** (es. una volta nella vita, due volte nella vita, ecc.); nel caso di introduzione di un limite di ricorrenza non si tiene conto di eventuali prestazioni già fruite negli anni precedenti.

► 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:

- in unica soluzione fino al 100% della tariffa del Nomenclatore tariffario
- per Socio aggregato Fisce Open il tetto massimo di rimborso annuale, comprese le altre voci rimborsabili, è di € 5.000

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **fattura o ricevuta fiscale** 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
- **cartella clinica o lettera di dimissione** con descrizione delle prestazioni eseguite (ricovero ed eventuale intervento)
- per alcuni codici di prestazione nel Nomenclatore tariffario è espressamente indicata **la documentazione integrativa necessaria** (foto cliniche 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.
- In caso di parto cesareo (codice 1185), parto naturale (codice 1186) e aborto terapeutico (codice 1182) è previsto il rimborso di un importo a forfait, comprensivo di tutte le prestazioni definite e non liquidabili singolarmente (vedi i paragrafi dedicati ai codici 1185, 1186 e 1182 a seguire).
- 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 (a eccezione di parto e aborto terapeutico), in particolare:

- codice della prestazione per chirurgo/chirurghi e anestesista
- degenza (vedi Nomenclatore tariffario Gruppo C – Rette di degenza in strutture sanitarie autorizzate) con tetto massimo annuo per ciascun assistito 30.000 €. Non compatibile con parto cesareo (codice 1185), parto naturale (codice 1186) e aborto terapeutico (codice 1182) perché già compresa nel pacchetto;
- sala operatoria, percentuale di rimborso in base alle tariffe degli interventi chirurgici. Non compatibile con parto cesareo (codice 1185), parto naturale (codice 1186) e aborto terapeutico (codice 1182) perché già compresa nel pacchetto;
- 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 €. Non compatibile con parto cesareo (codice 1185), parto naturale (codice 1186) e aborto terapeutico (codice 1182) perché già compresi nel pacchetto;
- medicinali usati in sala operatoria e in reparto con rimborso pari al 70% della spesa. Non compatibile con parto cesareo (codice 1185), parto naturale (codice 1186) e aborto terapeutico (codice 1182) perché già compresi;
- 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 €
- spese accessorie al ricovero (es. degenza, materiali e medicinali ecc.) non sono rimborsabili se l'intervento non rientra tra quelli previsti nel Nomenclatore tariffario.

Ricovero e assistenza parto naturale - codice 1186

- **pacchetto omnicomprendivo di prestazioni sanitarie non liquidabili singolarmente**
- include: equipe medica, assistenza neonatologica e assistenza ostetrica in sala parto e in reparto, retta di degenza, materiali e medicinali, sala parto/sala

operatoria, assistenza pre e post-parto durante il ricovero tariffa massima rimborsabile 3.600 €

- il rimborso della prestazione è comprensivo anche di assistenza alla puerpera durante il ricovero, assistenza dell'ostetrica e assistenza neonatologica in sala parto

Non sono rimborsabili:

- non sono rimborsabili singolarmente le prestazioni comprese nel pacchetto
- 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 spese viaggio e soggiorno per socio e accompagnatore anche in caso di ricovero.

Le altre voci rimborsabili:

- degenza (vedi Nomenclatore tariffario Gruppo C, Rette di degenza in strutture sanitarie autorizzate) rimborsabile in alternativa al codice 1186 se il parto è avvenuto a carico del SSN/SSR, tetto massimo annuo per ciascun assistito 30.000 €, per Socio aggregato Fidae Open tetto massimo annuo 5.000 €;
- analisi cliniche con rimborso pari all'80% della spesa e tetto massimo annuo pari a 300 €.

Assistenza ostetrica - codice 3016

- è rimborsabile l'assistenza ostetrica durante il parto ma solo in alternativa al codice 1186 (parto vaginale – vedi Ricovero e assistenza parto naturale) e 1185 (parto cesareo – vedi Ricovero e assistenza parto con taglio cesareo) dove è già compresa
- per il rimborso è richiesta la certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria dell'assistenza dell'ostetrica nel momento del parto
- non sono rimborsabili prestazioni di assistenza ostetrica pre e post-parto.

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 - codice 1185

- pacchetto omnicomprensivo di prestazioni sanitarie **non liquidabili singolarmente**
- include: equipe medica, eventuali miomectomie eseguite durante l'intervento, assistenza neonatologica e assistenza ostetrica in sala operatoria e in reparto, retta di degenza, materiali e medicinali, sala parto/sala operatoria, assistenza pre e post parto durante il ricovero
- tariffa massima rimborsabile 4.800 €
- 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

Non sono rimborsabili:

- non sono rimborsabili singolarmente le prestazioni comprese nel pacchetto
- 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 spese viaggio e soggiorno per socio e accompagnatore anche in caso di ricovero.

Le altre voci rimborsabili sono:

- degenza (vedi Nomenclatore tariffario Gruppo C – Rette di degenza in strutture sanitarie autorizzate) rimborsabile in alternativa al codice 1185 se il parto è avvenuto a carico del SSN/SSR, tetto massimo annuo per ciascun assistito 30.000 €, per Socio aggregato Fisce Open tetto massimo annuo 5.000 €;
- analisi cliniche con rimborso pari all'80% della spesa e tetto massimo annuo pari a 300 €.

Aborto terapeutico - codice 1182

- pacchetto omnicomprensivo di prestazioni sanitarie **non liquidabili singolarmente**
- include: equipe medica, qualsiasi atto chirurgico eseguito durante l'intervento, retta di degenza, materiali e medicinali, sala parto/sala operatoria, assistenza in sala operatoria e in reparto
- tariffa massima rimborsabile 1.100 €

Non sono rimborsabili:

- non sono rimborsabili singolarmente le prestazioni comprese nel pacchetto
- le spese viaggio e soggiorno per socio e accompagnatore anche in caso di ricovero

Le altre voci rimborsabili:

- degenza (vedi Nomenclatore tariffario Gruppo C, Rette di degenza in strutture sanitarie autorizzate) rimborsabile in alternativa al codice 1182 se il parto è avvenuto a carico del SSN/SSR, tetto massimo annuo per ciascun assistito 30.000 €, per Socio aggregato Fide Open tetto massimo annuo 5.000 €;
- analisi cliniche con rimborso pari all'80% della spesa e tetto massimo annuo pari a 300 €.

Ricoveri in intramoenia e Drg

Per ricovero in regime di intramoenia, il Piano sanitario prevede rimborso 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.

Se il titolo di specializzazione non si evince dalla documentazione fiscale o sanitaria, Fide verifica il possesso di tale requisito attraverso l'albo della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri [FNOMCEO \(https://portale.fnomceo.it/\)](https://portale.fnomceo.it/) e gli albi degli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (OMCEO), ai quali ogni iscritto è sollecitato a comunicare tutti gli elementi costitutivi della propria anagrafica, comprese le specializzazioni acquisite, nel rispetto dei principi di trasparenza e completezza.

In caso di esito negativo si richiede copia del diploma di specializzazione del medico o altra certificazione analoga rilasciata dall'Università.

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 di prevenzione: vedi il Piano di prevenzione.

Rimborso:

- in due fasi (acconto ed eventuale saldo) per visita specialistica privata fino al 100% della tariffa del Nomenclatore tariffario
- in unica soluzione per ticket (SSN/SSR) di visita specialistica, al 100% della spesa sostenuta (compresi ticket per pronto soccorso e guardia medica turistica)

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **fattura o ricevuta fiscale** 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); **ricevuta relativa al ticket** se la prestazione è resa nell'ambito del SSN.

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'orbitonometria 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.
- 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 richiesta di rimborso per le **visite specialistiche di prevenzione** deve essere riferita a fattura unica, comprensiva di visita specialistica e accertamento diagnostico ove previsto; deve essere presentata selezionando nel campo **prestazione richiesta** la voce **Visite specialistiche di prevenzione** 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:

- in due fasi (acconto ed eventuale saldo) per **accertamenti diagnostici privati**, fino al 100% della tariffa del Nomenclatore tariffario; per il rimborso è necessaria la prescrizione medica con data antecedente a quella della prestazione e con indicazione della diagnosi (certa o presunta). La prescrizione medica non è necessaria solo nei seguenti casi: se relativi al piano di prevenzione, se effettuati in caso di ricovero (con e senza intervento chirurgico), se riconducibili alla patologia per cui si accede alle prestazioni per le persone con disabilità. La prescrizione medica è valida per un anno dalla data di emissione, se non già utilizzata.
- in unica soluzione per **ticket SSN/SSR** di accertamenti diagnostici, al 100% della spesa sostenuta
- **analisi cliniche eseguite in forma privata in caso di:**
 - **ricovero con o senza intervento chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale e se propedeutiche a intervento chirurgico da effettuarsi nei trenta giorni successivi**
rimborso in unica soluzione dell'80% della spesa, con tetto massimo annuo di 300 €
 - **gravidanza**
rimborso in due fasi (acconto ed eventuale saldo) pari all'80% della spesa (è necessario allegare il certificato di gravidanza per ogni richiesta di rimborso e la prescrizione medica delle analisi da effettuare)
 - **solo per i Soci ordinari e aggregati e loro familiari a carico, nel periodo tra il 1° gennaio e il 31 dicembre 2024, con prescrizione medica:**
 - tetto annuo di rimborso per assistito 150 € e franchigia annuale per i primi 50 € della spesa sostenuta (franchigia comune a rimborso ticket per analisi cliniche)
 - rimborso in due fasi (acconto ed eventuale saldo);
 - per la richiesta di rimborso (da inviare per ogni documento di spesa entro la scadenza prevista) è necessaria la prescrizione medica con il dettaglio delle analisi da effettuarsi; la prescrizione medica è valida per un anno dalla data di emissione se non già utilizzata.

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **fattura o ricevuta fiscale** con descrizione dettagliata delle prestazioni o delle analisi eseguite (la fattura esclusa/esente IVA deve essere completa di bollo se di importo superiore a 77,47 €, le fatture prive di bollo sono considerate

incomplete e non rimborsabili); **ricevuta relativa al ticket** se la prestazione è resa nell'ambito del SSN.

- **prescrizione medica** con data **non successiva** al documento fiscale di riferimento, **se prevista come sopra indicato; la prescrizione medica è valida per un anno dalla data di emissione se non già utilizzata.**

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. Per il rimborso dell'accertamento diagnostico contestuale alla visita è **obbligatorio allegare alla richiesta di rimborso il referto dell'accertamento effettuato.**
- 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 nel campo annotazioni.
- 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.
- La richiesta di rimborso per **accertamenti diagnostici di prevenzione** deve essere presentata selezionando nel campo **prestazione richiesta** la voce **Accertamenti diagnostici di prevenzione** entro 60 gg dalla data del giustificativo di spesa (o entro il 31 gennaio se il documento fiscale è stato emesso a dicembre).

► Interventi chirurgici ambulatoriali

Rimborso:

- per prestazione privata rimborso in unica soluzione fino al 100% della tariffa del Nomenclatore tariffario
- per ticket (SSN/SSR) il rimborso, in unica soluzione, 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:

- **fattura o ricevuta fiscale** 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); **ricevuta relativa al ticket** se la prestazione è resa nell'ambito del SSN
- Cartella clinica con descrizione dell'intervento o certificazione sanitaria descrittiva. Può essere accolta solo la fattura se descrive dettagliatamente l'intervento (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 cliniche 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: numero progressivo del registro operatorio, orario ingresso/uscita sala operatoria, orario inizio/fine dell'intervento chirurgico, nominativi dei componenti dell'equipe chirurgica e infermieristica; **senza scheda operatoria, il rimborso** sarà relativo alla sola **sala dedicata** (codice 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 (senza ricovero).

► Fisiochinesiterapia

Rimborso:

- in due fasi (acconto ed eventuale saldo) fino al 100% della tariffa del Nomenclatore tariffario
- in unica soluzione in caso di ticket (SSN/SSR), 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:

- **fattura o ricevuta fiscale** dettagliata 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); **ricevuta relativa al ticket** se la prestazione è resa nell'ambito del SSN.
- **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 specialistica** 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

La prescrizione specialistica è valida per un anno dalla data di emissione, se non già utilizzata.

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:

- in due fasi (acconto ed eventuale saldo) fino al 100% della tariffa del Nomenclatore tariffario (40 € a seduta)
- tetto annuo di 520 €

Per i soli Soci ordinari e aggregati e loro familiari a carico, per le prestazioni effettuate dal 1° gennaio al 31 dicembre 2024 il tetto annuo è **innalzato a 720 €** fermo restando il massimo rimborsabile di 40 € a seduta.

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **fattura o ricevuta fiscale** 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 (e 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 [Consulenza psicologica](#)
(su www.fisde.it)

► **Terapie per sterilità/infertilità**

Rimborso:

- in due fasi (acconto ed eventuale saldo) con tetto annuo massimo di 1.550 € (per coppia) per due annualità nella vita
- se ticket (SSN/SSR) il rimborso, in unica soluzione, è pari al 100% della spesa sostenuta

Documenti per la richiesta di rimborso da rimborsare a fine programma:

- **fattura o ricevuta fiscale** 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). **Ricevuta relativa al ticket** se la prestazione è resa nell'ambito del SSN
- **certificazione sanitaria** della diagnosi di sterilità/infertilità e del piano terapeutico dettagliato.

Attenzione:

- 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.
- Nel caso in cui il documento fiscale fosse intestato al solo Socio e ciò non consentisse la riconducibilità ai dati del partner, Fisde 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.

Non sono rimborsabili:

- analisi cliniche, accertamenti diagnostici strumentali, visite ed eventuali interventi chirurgici finalizzati alla diagnosi di sterilità/ infertilità e delle relative cause o effettuati per accedere a terapia per sterilità/infertilità
- analisi cliniche, accertamenti diagnostiche, visite specialistiche volti al monitoraggio degli effetti della terapia farmacologica
- le spese di viaggio e di soggiorno per socio e accompagnatore anche se connesse a un ricovero
- spese accessorie al ricovero (es. degenza, materiali e medicinali ecc.) se già raggiunto il tetto annuo rimborsabile per la terapia per sterilità/infertilità (codice 9931).

► **Allergie e vaccini**

Rimborso:

- tetto massimo 250 € per anno
- rimborso in due fasi (acconto ed eventuale saldo) pari al 70% della spesa sostenuta
- in caso di ticket (SSN/SSR) rimborso in unica soluzione, al 100% della spesa sostenuta fino al tetto massimo dei 250 € per anno

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **fattura o scontrino fiscale (c.d. parlante)** con descrizione dettagliata del prodotto acquistato o 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; la prescrizione medica è valida per un anno dalla data di emissione, se non già utilizzata

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 in unica soluzione pari al 100% della spesa sostenuta salvo il tetto di spesa annuo, dove previsto.

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **ricevuta relativa al ticket sanitario**, 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 visite specialistiche 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 (franchigia comune a rimborso di analisi cliniche private per Socio ordinario e aggregato e loro familiari a carico)
- oltre la franchigia, il rimborso, in unica soluzione, è pari al 100% della spesa sostenuta

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **ricevuta relativa al ticket sanitario**, 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 indicate nella sezione 3 del Piano sanitario;
 - gravidanza, è necessario allegare il certificato di gravidanza ad ogni richiesta di rimborso;
 - ricovero, intervento chirurgico, preospedalizzazione effettuata nei 30 giorni precedenti al ricovero (in fase di inserimento della domanda di rimborso specificare nel campo annotazioni "ricovero/intervento chirurgico/preospedalizzazione");
- 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, protesi e apparecchi acustici

Sono rimborsabili **soltanto le tipologie previste dal Nomenclatore tariffario – Gruppo E** con specifici tetti e limitazioni:

- Protesi acustiche
- Parrucca in caso di patologie oncologiche
- Noleggio del letto ortopedico
- Carrozze
- Calzature ortopediche su misura
- Plantari ortopedici su misura
- Corsetto ortopedico per scoliosi
- Tutore ortopedico post-intervento chirurgico
- Protesi oculare su misura in caso di enucleazione oculare
- Protesi ortopediche in caso di amputazione di arto

Rimborso:

- in due fasi (acconto ed eventuale saldo) del 50% della spesa sostenuta
- per ciascuna voce rimborsabile sono indicati nel Nomenclatore tariffario specifici tetti, frequenze, limitazioni e documentazione medico sanitaria aggiuntiva.

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **fattura o scontrino fiscale (c.d. parlante)** con descrizione dettagliata del prodotto (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, con data **non successiva** al documento fiscale di riferimento; la prescrizione dello specialista è valida per un anno dalla data di emissione se non già utilizzata.
- **altra documentazione sanitaria** indicata nelle voci specifiche del **Nomenclatore tariffario**

Attenzione:

- **Protesi durante il ricovero/intervento chirurgico** sono inserite nella classe specifica del ricovero per intervento chirurgico, con rimborso in unica soluzione pari al 60% e tetto massimo annuo di 5.000 €.

► Odontoiatria

Le cure odontoiatriche rimborsabili sono quelle previste nel Nomenclatore tariffario.

Rimborso:

- in due fasi (acconto ed eventuale saldo) dell'80% della tariffa indicata nel Nomenclatore tariffario;
- se **ticket**, in unica soluzione, 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](#) (scarica da www.fisce.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
- **fatture o ricevute fiscali** (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:** in due fasi (acconto ed eventuale saldo) dell'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
- **fattura o ricevuta fiscale** (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 richiesta di rimborso per fatture di acconto e fattura di saldo, i termini di scadenza per la presentazione decorrono dalla data della fattura di saldo (la domanda di rimborso con fattura di saldo emessa nel mese di dicembre dovrà essere inviata entro il 31 gennaio dell'anno successivo).

Per la prima richiesta di rimborso del trattamento ortodontico 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 la prosecuzione:

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

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
- **fatture o ricevute fiscali** (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 in due fasi (acconto ed eventuale saldo):

- 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:

- **fattura o ricevuta fiscale** di spesa con descrizione dettagliata della prestazione eseguita (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 o multifocali/ progressive) esclusivamente per 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: in due fasi (acconto ed eventuale saldo) del 100% della tariffa del Nomenclatore tariffario

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **fattura o scontrino fiscale (c.d. parlante)**, con dettaglio dei costi per lenti e per montatura
- **[Scheda per lenti e montature](#)** (scarica da www.fisde.it > Moduli > Assistenza indiretta) oppure prescrizione del medico oculista o dichiarazione dell'ottico optometrista che attesta il difetto del visus, in data **non successiva** al documento fiscale di riferimento ma non antecedente oltre un anno

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** in unica soluzione:

- **trasporto in ambulanza per ricovero da e verso casa di cura/ospedale**, compreso il pronto soccorso: **50% di rimborso con tetto annuo di 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](#) (scarica 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.
- Non è ammesso rimborso per spese di viaggio, soggiorno e accompagnatore in caso di parto, aborto terapeutico e terapie sterilità/infertilità, anche se in regime di ricovero.
- Per le persone che fruiscono delle prestazioni **per la disabilità** indicate nella sezione 3 del Piano sanitario, sono rimborsabili le **spese di viaggio** dell'assistito e dell'eventuale accompagnatore per prestazioni sanitarie riferite a ricoveri, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, prestazioni riabilitative di tipo specialistico **strettamente connessi con la situazione di disabilità dell'assistito**,

qualora la struttura erogatrice delle stesse si trovi a una distanza di almeno 100 km dal comune di residenza dell'assistito. **In caso di ricovero** sono rimborsabili, altresì, le **spese di soggiorno dell'assistito e dell'eventuale accompagnatore** qualora la struttura erogatrice delle stesse si trovi a una distanza di almeno 100 km dal comune di residenza dell'assistito.

- La convenzione Fide Open non prevede rimborso per spese di viaggio, soggiorno e accompagnatore se non relative a prestazioni per le persone con disabilità (sezione 3 del Piano sanitario).

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 all'estero

Le prestazioni sanitarie riconosciute come ammissibili dal Piano sanitario 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 da inserire nei documenti sanitari.

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.

► Prevenzione

Piano di prevenzione

Nel Piano di prevenzione le **visite specialistiche di prevenzione** sono integrate da alcuni **accertamenti diagnostici**: gli **screening** essenziali per la diagnosi precoce delle patologie più frequenti e per l'individuazione di profili di rischio, prima che si manifestino sintomi o segni, sono rivolti a tutti gli assistiti (per genere e per fasce di età indicate).

Visite specialistiche e accertamenti diagnostici di prevenzione sono le prestazioni del Piano di prevenzione:

- le prestazioni elencate di seguito sono rimborsabili separatamente, con frequenza annuale (salvo le singole incompatibilità segnalate più avanti)
- le **visite specialistiche di prevenzione** sono escluse dal computo del tetto annuo di visite (max 10 per assistito)
- gli **accertamenti diagnostici di prevenzione** sono esclusi dall'obbligo di prescrizione medica

Prestazioni

Prevenzione cardiovascolare a partire dai 40 anni

Prestazioni:

- visita cardiologica + ecg
- ecocardiogramma M Mode 2D e doppler, con eventuali prove farmacologiche (rimborso incompatibile con prestazione successiva)
- ecocardiogramma M Mode 2D colordoppler, con eventuali prove farmacologiche (rimborso incompatibile con prestazione precedente)
- tronchi sovraortici - ecodoppler (rimborso incompatibile con prestazione successiva)
- tronchi sovraortici - ecocolordoppler (rimborso incompatibile con prestazione precedente).

Prevenzione dermatologica

Prestazioni: visita specialistica dermatologica + mappa nevica/epiluminescenza/
videodermatoscopia

Prevenzione ginecologica a partire dai 20 anni

Prestazioni:

- visita specialistica ginecologica + pap test
- pap test
- test HPV
- duo pap (pap test + test HPV)

Prevenzione senologica a partire dai 21 anni

Prestazioni:

- ecografia mammaria bilaterale
- mammografia bilaterale

Prevenzione urologica

Prestazione: visita urologica

Rimborso:

- in due fasi (acconto ed eventuale saldo) fino al 100% della tariffa del Nomenclatore tariffario

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **fattura o ricevuta fiscale** 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); ricevuta relativa al ticket se la prestazione è resa nell'ambito del SSN.

Attenzione:

- Nel rispetto del criterio di appropriatezza definito dai protocolli sanitari nazionali o regionali, per alcune prestazioni la struttura sanitaria potrebbe richiedere la prescrizione che però non è necessaria per il rimborso
- La domanda di rimborso deve essere inviata su Fisdeweb entro 60 giorni dalla data del documento di spesa (o entro il 31 gennaio se il documento

fiscale è stato emesso a dicembre) selezionando nel campo **prestazione richiesta**, a seconda della tipologia di prestazione, la voce **Visite specialistiche di prevenzione** o **Accertamento diagnostico di prevenzione**

- La domanda di rimborso per le **visite specialistiche di prevenzione** deve essere riferita a fattura unica per la visita specialistica e l'accertamento diagnostico ove previsto

► Prestazioni per le persone con disabilità

Alle prestazioni sociosanitarie indicate nella sezione 3 del [Piano sanitario](#) 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 per le persone con disabilità indicate nella sezione 3 del Piano sanitario è necessario presentare domanda di accesso alle prestazioni completa:

- [Domanda di accesso alle prestazioni per le persone con disabilità](#) (scarica il modulo da www.fisde.it > Moduli > Persone con disabilità)
- **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 in unica soluzione:

- 50% della spesa sostenuta (vedi primo punto delle condizioni specifiche che seguono)
o se più favorevole
- 100% della tariffa di riferimento del Nomenclatore 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 con un tetto massimo di 250€/anno
- **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 100 km dal comune di residenza**
- **Spese soggiorno:** per assistito e accompagnatore solo in caso di ricoveri 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 in unica soluzione:

- 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 in unica soluzione:

- 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 in un'unica soluzione:

- 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 in unica soluzione:

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

Documenti:

- fatture/ricevute fiscali
- relazione dello specialista o del consulente di Fide 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 in unica soluzione:

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

Documenti:

- fatture/ricevute fiscali /scontrini 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 in unica soluzione:

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

Documenti:

- fatture/ricevute fiscali/scontrini fiscali

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

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

Rimborso in unica soluzione:

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

Documenti:

- fatture/ricevute fiscali/scontrini fiscali

- **Trasporto casa/scuola**

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

Rimborso in unica soluzione:

- 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 in unica soluzione:

- 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 in unica soluzione:

- **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

► Prestazioni di emergenza sociale

Si tratta del rimborso delle spese relative a programmi di riabilitazione che possono 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

Per accedere alle prestazioni per le persone in situazione di emergenza sociale indicate nella sezione 4 del [Piano sanitario](#) è necessario innanzitutto presentare domanda completa:

- **[Domanda di accesso alle prestazioni per emergenza sociale](#)** (scarica il modulo da 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:

- deliberato dal Consiglio di amministrazione, previa valutazione del consulente di Fide
- in unica soluzione dell'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 (solo dopo l'approvazione Fide del piano di riabilitazione):

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

Attivazione della copertura Fide per i familiari a carico

La copertura Fide per i familiari a carico non è più automatica: **ogni anno il Socio (capo nucleo) può attivarla velocemente su Fideweb con la dichiarazione annuale del carico fiscale**: è un'autocertificazione digitalizzata e riguarda i familiari a carico (anche minorenni) che risultano nel nucleo familiare dell'anno precedente.

La copertura del familiare a carico resta bloccata, sia per l'assistenza diretta che per quella indiretta, fino al completamento della dichiarazione annuale del carico fiscale.

Come fare:

- entra in Fideweb da www.fisde.it o da Intranet Enel e seleziona **Dati Anagrafici e Nucleo Familiare**



- seleziona **Dichiarazione carico fiscale familiari** e a seguire **Dichiarazione di carico familiare**

Dichiarazione carico fiscale familiari

DICHIARAZIONE DI CARICO FAMILIARE

- la Dichiarazione per autocertificare il carico fiscale del nucleo familiare è precompilata con i dati dei familiari che nell'anno precedente risultavano fiscalmente a carico, **per ognuno seleziona sì o no**

Fiscalmente a Carico * SI NO

- controlla di aver compilato tutti i campi obbligatori e

INVIA

La copertura Fide del familiare sarà attiva entro le 24 ore successive (per le richieste di rimborso e per le prestazioni in forma diretta)

Il familiare fiscalmente non a carico resta presente nei tuoi dati (nucleo familiare) ma le spese sanitarie riferite a familiari non a carico non sono rimborsabili.

In corso d'anno, il Socio deve comunicare tempestivamente l'eventuale **cessazione della situazione di carico fiscale di un proprio familiare** e restituire a Fide gli eventuali rimborsi già ricevuti per lo stesso familiare.

Come fare:

- entra in Fisdeweb da www.fisde.it o da Intranet Enel e seleziona **Dati Anagrafici e Nucleo Familiare**



- seleziona **Dichiarazione carico fiscale familiari**
a seguire **Dichiarazione di cessazione carico fiscale**

Dichiarazione carico fiscale familiari

DICHIARAZIONE DI CESSAZIONE CARICO FISCALE

- nella **Dichiarazione per autocertificare la cessazione del carico fiscale** per il familiare che non è più a carico modifica la selezione **Fiscalmente a carico** **NO**
- controlla di aver compilato tutti i campi obbligatori e

INVIA

La copertura Fisde del familiare non a carico cessa con decorrenza retroattiva dal 1° gennaio dell'anno in corso e con l'impegno a restituire a Fisde eventuali rimborsi ricevuti per il familiare stesso

Il familiare fiscalmente non a carico resta presente nei tuoi dati (nucleo familiare) ma le spese sanitarie riferite a familiari non a carico non sono rimborsabili.

In caso di **variazioni successive alla dichiarazione annuale** del carico fiscale, per attivare la copertura Fisde di familiare fiscalmente a carico il Socio deve usare i moduli disponibili su www.fisde.it:

- se il familiare è già registrato su Fisdeweb (verifica in Dati Anagrafici e Nucleo Familiare) scarica il modulo [variazione carico familiare](#)
- per aggiungere un nuovo familiare fiscalmente a carico nel Nucleo Familiare su Fisdeweb scarica il modulo [richiesta di inserimento nuovo familiare a carico](#)

compila il modulo e invia la richiesta attraverso Spazio Posta (da Fisdeweb)

Su www.fisde.it i moduli per la [Variazione dati profilo socio](#) e le istruzioni per l'invio

La richiesta di rimborso

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

La **richiesta di rimborso** deve essere:

- **completa** di tutta la documentazione richiesta per ciascuna prestazione, come dettagliato nelle pagine precedenti
- **firmata** dove previsto
- **documentata** con documentazione conforme alle disposizioni fiscali
- **se la prestazione è a favore del familiare maggiorenne**, è obbligatoria la dichiarazione/consenso al trattamento dei dati [Dichiarazione familiare maggiorenne](#) (scarica da 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).

Per inviare la richiesta di rimborso entra in **Fisdeweb** da www.fisde.it (o da Intranet Enel) e seleziona Nuova Richiesta Forma Indiretta.

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 richiesta 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 fruite 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 **copia dei documenti fiscali di spesa e gli eventuali documenti sanitari**

Scadenza per la richiesta di rimborso

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

Attenzione: le richieste di rimborso presentate oltre i termini non sono rimborsabili.

Gli aspetti amministrativi

La richiesta di rimborso può essere liquidata solo dietro presentazione dei relativi documenti di spesa fiscalmente validi (fatture, ricevute o quietanze, scontrini fiscali e altri documenti commerciali) e **intestati al beneficiario della prestazione**, Socio o suo familiare avente diritto.

Si specifica che:

- 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.

Attenzione: nel caso di riutilizzo di marca da bollo già apposta in altro documento di spesa, Fide non concede il termine di sospensione per la regolarizzazione e la richiesta è respinta.

- **Se la spesa per la prestazione di cui si chiede il rimborso è di importo pari o superiore a 1.000 €, il pagamento deve essere tracciato.**

Prima di procedere al rimborso e fino al 31 dicembre del secondo anno successivo alla data del documento di spesa Fide si riserva di chiedere traccia del pagamento. Per questo, il Socio deve **conservare la documentazione dei pagamenti tracciati anche riferiti a più fatture e di importo complessivamente pari o superiore a 1.000 € che sono state emesse nell'arco temporale di sei mesi dallo stesso professionista o dalla stessa struttura sanitaria per la medesima tipologia di prestazione.**

Il rimborso è liquidato con bonifico bancario a favore del Socio, utilizzando le coordinate bancarie (IBAN) registrate nei Dati anagrafici del profilo personale su **Fideweb**: entra, verifica e correggi se errato.

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

Nei casi previsti dalla normativa, vedi paragrafo [Documentazione fiscale](#), il pagamento dei rimborsi è bloccato fino ad avvenuta regolarizzazione.

Sospensione e integrazione della pratica

La **richiesta 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 email di avviso al Socio inviata al momento della sospensione, vengono comunicate le motivazioni della sospensione e quali documenti servono per completare correttamente la richiesta 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 richiesta di rimborso su Fisdeweb (se sospesa puoi individuarla immediatamente con la funzione **Pratiche sospese**) per evitare che eventuali problemi di ricezione della posta elettronica ti impediscano di completare la pratica.

Contestazioni

Eventuali contestazioni sull'esito della richiesta 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 **Fideweb**, 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 richiesta di rimborso in caso di:

- mancata osservanza dei termini regolamentari per la presentazione delle richieste di rimborso
- mancato rispetto della scadenza per l'integrazione di richieste di rimborso sospese
- trasmissione della richiesta in modalità diversa da quelle previste dalla normativa
- ricorso reiterato 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.fide@fide.it oppure a FISDE Via Nizza 152, 00198 Roma.

Documentazione fiscale

Obbligo per validare rimborsi e servizi per familiari a carico maggiorenni

In caso di rimborsi e servizi per familiari maggiorenni a carico nel corso dell'anno precedente, è **necessario trasmettere a Fide la documentazione fiscale** (riferita all'anno del documento di spesa rimborsato) entrando in **Fideweb** e utilizzando il tasto **Documentazione Fiscale** ed eventualmente regolarizzare la posizione con la restituzione di importi ricevuti per familiari risultati non a carico.

- **Entro il 31 ottobre**
inviare la documentazione fiscale entro il 31 ottobre permette di evitare la sospensione dell'assistenza diretta e di ogni pagamento successivo, fino alla verifica del carico fiscale e all'eventuale regolarizzazione.
- **Dal 1° novembre**
per mancato invio della documentazione fiscale dal 1° novembre saranno **sospese eventuali erogazioni** (pagamento di ulteriori pratiche ed eventuale saldo delle pratiche dell'anno precedente) e l'accesso all'**assistenza diretta**. **Resta attiva la possibilità di presentare richieste di rimborso**. La sospensione sarà annullata quando si regolarizzerà la propria posizione con l'invio della documentazione fiscale e l'eventuale restituzione degli importi ricevuti per familiari non a carico.
- **Entro il 31 dicembre**
il Socio ha tempo fino al 31 dicembre per inviare la documentazione fiscale senza perdere continuità di accesso ai rimborsi: subito dopo la regolarizzazione Fide erogherà gli eventuali saldi straordinari e i rimborsi da liquidare (dal 31 ottobre).
- **dal 1° gennaio dell'anno seguente: blocco inserimento pratiche**
il Socio che non invia la documentazione fiscale o non restituisce gli importi ricevuti per familiari non a carico entro il 31 dicembre, dal 1° gennaio non potrà inviare richieste di rimborso per prestazioni relative al nuovo esercizio finanziario e fruire di altre prestazioni del Fondo.

Consulta la [Guida familiari a carico](#) (su www.fisde.it>Le guide operative) per il dettaglio di tutte le informazioni relative agli adempimenti per familiari a carico, compresa la Riammissione a rimborsi e 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 Fide copia della dichiarazione reddituale dell'anno precedente (vedi date di riferimento al paragrafo precedente: Obbligo per validare rimborsi e servizi per familiari a carico maggiorenni).

Consulta la [Guida Soci straordinari per reversibilità](#) (su www.fisde.it > Le guide operative) per i dettagli e tutte le informazioni relative agli adempimenti.

Agenzia delle Entrate

Come previsto dalla normativa fiscale vigente, Fisce comunica ad Agenzia delle Entrate gli importi relativi all'anno precedente: dei rimborsi sanitari erogati al Socio e del contributo versato dal Socio straordinario.

Non per obbligo di legge ma per fornire un supporto ai Soci nella compilazione della dichiarazione dei redditi, il Fisce mette a disposizione 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 che potrà essere utilizzata per effettuare la detrazione fiscale.

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 News**

Leggi le più recenti accessibili direttamente dai titoli sotto le news Fisde in [homepage](#) per tutte le comunicazioni vai alle [News](#)

► **Modalità, documenti e scadenze nelle [Guide Fisde per i Soci](#)**

- **Guida alle prestazioni** il manuale di orientamento, che stai consultando ora, sintetizza normativa e procedure
- **Guida Socio straordinario per l'iscrizione e il rinnovo** chi può diventare Socio straordinario, come iscriversi e quando, la quota annuale e il rinnovo dell'iscrizione
- **Guida familiari a carico** per gli adempimenti necessari in caso di rimborsi per familiari a carico
- **Guida Soci straordinari per reversibilità** per iscrizione, rinnovo e verifica del diritto a rimborsi e prestazioni di familiare con pensione di

[Vai alle Guide Fisde per i Soci direttamente dall'homepage](#) (dal box a destra in homepage e dal pulsante nella parte bassa della pagina)

reversibilità o indiretta per decesso di Socio ordinario o straordinario

Menù in alto:

- **chi siamo**
 - per approfondire la governance, [Soci](#), [Organi sociali](#), [Aziende associate](#), [Struttura organizzativa](#)
 - per consultare lo [Statuto](#)
 - per accedere a [Modello 231/01 e Codice etico](#)
 - per la [Privacy](#)
 - per conoscere i [bilanci](#)

- **News**

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

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

- **Per i Soci**

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](#)
- [Consulenza psicologica](#)
- [Prevenzione](#)
- [Prestazioni e servizi alle persone con disabilità](#)
- [Prestazioni alle persone in situazione di emergenza sociale](#)
- [Fisde per la non autosufficienza](#)

- **Norme**

Dove consultare tutti i documenti normativi:

- [Piano sanitario e regolamento delle prestazioni](#)
- [Nomenclatore tariffario](#)
- [Regolamentazione socio straordinario superstite](#)
- [Regolamento Fisde per la non autosufficienza](#)

- **Moduli**

Scarica la modulistica necessaria alle diverse attività Fisde

- **Contatti**

Per i Soci info.fisde@fisde.it e tel. **800991121** (numero verde dalle 10:00 alle 12:00, dal lunedì al venerdì), nella pagina le indicazioni sui canali di contatto con Fisde

- **Fisdeweb**

Per entrare sulla piattaforma dei servizi di Fisde, nel profilo personale Socio (con le credenziali, Nome utente e Password) dove puoi:

- inviare tutte le pratiche
- controllare i dati registrati nel profilo anagrafico e correggerli se necessari
- attivare la copertura Fisde per i familiari a carico
- seguire l'evoluzione e le notifiche dello stato delle 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 il percorso di sensibilizzazione alla prevenzione che promuove uno stile di vita responsabile e scelte consapevoli sulla salute

- **Fisde per la non autosufficienza**

per approfondire la copertura Fisde del rischio di non autosufficienza: decorrenza, condizioni e garanzia

- **Le Guide Fisde**

per modalità, documenti e scadenze:

- **Guida alle prestazioni** il manuale di orientamento, che stai consultando ora, sintetizza normativa e procedure
- **Guida Socio straordinario per l'iscrizione e il rinnovo** chi può diventare Socio straordinario, come iscriversi e quando, la quota annuale e il rinnovo dell'iscrizione
- **Guida Soci straordinari per reversibilità** per iscrizione, rinnovo e verifica del diritto a rimborsi e prestazioni di familiare con pensione di reversibilità o indiretta per decesso di Socio ordinario o straordinario
- **Guida familiari a carico** per gli adempimenti necessari in caso di rimborsi per familiari a carico

► **Per la tua richiesta di rimborso entra in Fisdeweb**

Da www.fisde.it > FISDEWEB, clicca su ENTRA e inserisci le tue credenziali:


Nome utente:

Password:

Se non hai ancora le tue credenziali o le hai dimenticate, seleziona **Recupero Nome Utente e Password** (inserisci il tuo Codice Fiscale): il sistema ti invierà le credenziali all'email di utenza (registrata 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 richieste 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 la necessità di integrare con ulteriore documentazione: 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**, e i **Pagamenti Pratiche**
- consulta la rete Fide delle strutture convenzionate per le prestazioni dirette attraverso **Ricerca per Prestazione** (potrai conoscere anche **l'eventuale eccedenza che resta a tuo carico**) o **Cerca un Centro Convenzionato**

- 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
 - Variazione dati anagrafici
 - Fide per la non autosufficienza
 - Richiesta indennità Fide per la non autosufficienza
- 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 per 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 password o recupero nome utente e password)**
 - indirizzo
 - **contatti** (email per comunicazioni e avvisi Fide – telefono/cell.)

In questa area trovi anche il pulsante **Dichiarazione carico fiscale familiari** per attivare ogni anno la copertura Fide dei familiari a carico.