



Piano sanitario e regolamento delle prestazioni

27 maggio 2026

Fondo integrativo sanitario per i dipendenti del Gruppo Enel

Indice

Indice	2
Glossario.....	6
1 Principi generali.....	8
1.1 Premessa	8
1.2 Beneficiari delle prestazioni	8
1.3 Tariffe di riferimento.....	9
1.4 Le forme di rimborso.....	9
1.5 Concorso tra rimborso Fisce e rimborsi erogati da altri soggetti.....	9
1.6 Sito internet e piattaforma operativa.....	9
1.7 Servizio di assistenza.....	10
1.8 Competenze del Consiglio di Amministrazione Fisce	11
2 Le prestazioni sanitarie	12
2.1 Beneficiari	12
2.2 Le prestazioni non rimborsabili.....	12
2.3 Le prestazioni sanitarie ammesse a rimborso.....	13
2.3.1 Visite specialistiche	13
2.3.2 Accertamenti diagnostici.....	14
2.3.3 Ricoveri con o senza intervento chirurgico.....	15
2.3.4 Maggior rimborso per ricovero chirurgico notturno con referto esame istologico definitivo positivo per malignità	15
2.3.5 Pacchetti per intervento chirurgico e parto naturale	16
2.3.6 Interventi chirurgici ambulatoriali.....	16
2.3.7 Emodialisi.....	17
2.3.8 Psicologia e psicoterapia.....	17
2.3.9 Terapie e vaccini per le allergie.....	17
2.3.10 Fisiocinesiterapia e trattamenti riabilitativi.....	17
2.3.11 Terapie per la sterilità e l'infertilità maschile e femminile	18
2.3.12 Assistenza infermieristica continuativa in presenza di evento morboso acuto	19
2.3.13 Presidi, protesi e apparecchi acustici.....	19

2.3.14 Diagnostica, cure e protesi odontoiatriche.....	19
2.3.15 Lenti e montature da vista	21
2.3.16 Ticket del SSN/SSR.....	22
2.3.17 Second opinion	22
2.4 Norma transitoria per psicoterapia e analisi cliniche.....	23
2.bis Attivazione di Fisce premium	24
2.bis.1 Prestazioni	25
(i.) Visite specialistiche	25
(ii.) Accertamenti diagnostici	25
(iii.) Interventi chirurgici ad alta rilevanza clinica.....	26
2.bis.2 Fisce premium per persone con disabilità e in emergenza sociale.....	27
2.bis.3 Validità di Fisce premium.....	28
3 Le prestazioni per le persone con disabilità.....	29
3.1 Le prestazioni	29
3.2 Beneficiari	29
3.3 Domanda di accesso alle prestazioni.....	29
3.4 Visita di revisione.....	30
3.5 Perdita della condizione di familiare fiscalmente a carico	31
3.6 Prestazioni assistenziali alla persona.....	31
3.7 Prestazioni e attività associative.....	31
3.8 Prestazioni erogative.....	31
3.8.1 Prestazioni sanitarie.....	32
3.8.2 Rimozione di barriere architettoniche.....	33
3.8.3 Acquisto di accessori auto di ausilio alla guida.....	33
3.8.4 Interventi di natura socio-pedagogica e socioassistenziale.....	34
3.8.5 Interventi in favore della famiglia	34
3.8.6 Supporto scolastico, materiale e strumenti didattici specifici per la situazione di disabilità	34
3.8.7 Acquisto di accessori e ausili informatici (hardware) specifici per la situazione di disabilità.....	35
3.8.8 Acquisto di software informatici specifici per la situazione di disabilità	35
3.8.9 Assistenza domiciliare e case di riposo	35
3.8.10 Agevolazioni per le attività di socializzazione.....	36
3.8.11 Altre prestazioni.....	36
4 Le prestazioni per le persone in situazione di emergenza sociale.....	37
4.1 Le prestazioni	37
4.2 Beneficiari	37
4.3 Piano di riabilitazione.....	37

4.4	Documentazione per la richiesta di rimborso.....	38
4.5	Perdita della condizione di familiare fiscalmente a carico dell'assistito	38
5	Piano di prevenzione.....	39
5.1	Beneficiari	39
5.2	Le prestazioni	39
5.2.1	Prevenzione cardiovascolare, a partire dai 40 anni.....	39
5.2.2	Prevenzione dermatologica.....	39
5.2.3	Prevenzione ginecologica, a partire dai 20 anni	40
5.2.4	Prevenzione senologica	40
5.2.5	Prevenzione urologica	40
6	Richiesta di rimborso	41
6.1	La richiesta di rimborso	41
6.2	Documentazione di spesa	41
6.3	Documentazione sanitaria e altra documentazione	41
6.4	Impegni e dichiarazioni di responsabilità.....	42
6.5	Consenso al trattamento dei dati personali	42
6.6	Traduzione per prestazioni all'estero	43
6.7	Documentazione aggiuntiva e/o visita medica richieste da Fisce.....	43
6.8	Invio su Fisdeweb.....	43
6.9	Termini per l'invio della richiesta di rimborso in forma indiretta	43
6.10	Sospensione per integrazione della richiesta di rimborso incompleta.....	43
6.11	Esito della richiesta di rimborso	44
6.12	Norma transitoria per l'invio in forma cartacea	44
6.13	Regole per accesso ai rimborsi in forma diretta.....	44
6.14	Anticipazioni.....	45
7	Liquidazione del rimborso	46
7.1	Rimborso delle prestazioni	46
7.1.1	Prestazioni rimborsate in unica soluzione	46
7.1.2	Prestazioni rimborsate in due fasi.....	47
8	Controlli e sanzioni.....	48
8.1	Premessa	48
8.2	Controlli amministrativi e sanitari.....	48
8.3	Sanzioni	49
8.3.1	Documentazioni o dichiarazioni non veritiere	49

8.3.2	Sospensione da rimborsi e servizi.....	49
8.3.3	Perdita della qualifica di Socio	49
8.3.4	Contestazione dell'addebito	49
8.4	Controllo annuale del carico fiscale per rimborsi e servizi ai familiari	49
8.4.1	La situazione di carico fiscale.....	49
8.4.2	Documentazione fiscale.....	50
8.4.3	Sospensione dai rimborsi dell'anno in corso.....	50
8.4.4	Blocco automatico delle richieste di rimborso dal 1° gennaio dell'anno successivo	51
8.4.5	Comunicazione al Socio.....	51
8.4.6	Restituzione dell'importo indebitamente percepito	51
8.4.7	Effetti sulla copertura Fide per la non autosufficienza	51
8.4.8	Recupero delle somme erogate	52
8.4.9	Controlli sui rimborsi per familiari a carico minorenni	52
8.4.10	Obbligo di conservazione della documentazione fiscale	52
9	Ricorsi	53
9.1	Informazione al Socio sull'esito della richiesta di rimborso	53
9.2	Ricorso	53
9.3	Esito del ricorso	53
10	Entrata in vigore	53
	Allegato all'articolo 2.3.4	54

Glossario

Avente diritto: familiare fiscalmente a carico, come da Statuto (articolo 6)

Assistito: Socio ordinario, aggregato, straordinario o avente diritto che fruisce dell'assistenza sanitaria Fisce

Cure termali: terapie fruite presso gli stabilimenti termali autorizzati

Day hospital: struttura sanitaria con posti letto per degenza diurna, autorizzata a erogare prestazioni o terapie mediche senza ricovero notturno

Day surgery: struttura sanitaria con posti letto per degenza diurna, autorizzata a erogare prestazioni chirurgiche senza ricovero notturno

Familiari fiscalmente a carico: familiari per i quali il Socio ha titolo e usufruisce delle detrazioni IRPEF, come da Statuto (articolo 6)

Fisiochinesiterapia: trattamenti e cure fisiche prescritte dal medico specialista di branca

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni obiettivamente constatabili

Intervento chirurgico ambulatoriale: intervento chirurgico eseguito senza ricovero diurno presso lo studio del medico chirurgo o l'ambulatorio di una struttura sanitaria autorizzati

Intervento chirurgico: procedura terapeutica attuata con manovre manuali o strumentali cruenti in strutture sanitarie regolarmente autorizzate per eseguire terapie chirurgiche

Intramoenia (o intramuraria): attività libero-professionale dei medici chirurghi che dipendono dal Servizio Sanitario Nazionale

Lungodegenza: ricovero in struttura sanitaria riservato a pazienti che, conclusa la fase acuta del ricovero, necessitano di prolungare il regime ospedaliero per osservazione e riabilitazione

Malattia: riscontrabile alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio

Medico specialista: medico chirurgo, odontoiatra in possesso di titolo universitario di specializzazione (Decreto Interministeriale n. 68 del 4/2/2015)

Medico specialista della struttura sanitaria pubblica: medico chirurgo, odontoiatra in possesso di titolo di specializzazione che svolge la propria opera professionale presso una struttura sanitaria pubblica (Università, Ospedale, Istituto di ricerca e cura, ASL, Consultorio familiare e altre strutture di proprietà dello Stato italiano dedicate alla diagnosi e cura)

Nomenclatore tariffario: elenco delle voci (prestazioni e servizi) rimborsabili da Fisce e delle relative tariffe di riferimento dei rimborsi (sia in forma diretta che in forma indiretta). In linea di massima, la prestazione (voce) non descritta non è rimborsabile, salva la possibilità che Fisce, a suo insindacabile giudizio tecnico, medico e amministrativo, verifichi la possibilità del rimborso, se la prestazione fruita è assimilabile ad altra prestazione in elenco

Percentuale massima di rimborso: quota massima rimborsabile al Socio sulla tariffa di riferimento esposta nel Nomenclatore tariffario Fisce

Piano sanitario: indica Piano sanitario e regolamento delle prestazioni

Poliambulatorio diagnostico: struttura sanitaria attrezzata per la diagnosi e la cura di malattie appartenenti a diverse specialità mediche

Prestazione a pacchetto: insieme di prestazioni riconducibili a un'unica voce del Nomenclatore tariffario, non rimborsabili singolarmente

Soci ordinari: come da Statuto (articolo 5)

Soci straordinari: come da Statuto (articolo 5)

Soci aggregati: come da Statuto (articolo 5)

R.S.A.: residenze sanitarie assistenziali, ovvero strutture sanitarie previste dalla normativa vigente per l'assistenza agli anziani affetti da patologie croniche

Riabilitazione: terapie per rieducare apparati del corpo lesi da infortuni e malattie, al fine di renderli di nuovo funzionali per le normali attività; possono essere eseguite ambulatorialmente nelle strutture sanitarie per fisiochinesiterapia e riabilitazione o in strutture sanitarie autorizzate per la riabilitazione con ricovero e degenza notturna o diurna

Ricovero: permanenza in luogo di cura con pernottamento o permanenza diurna in day hospital o day surgery, rese necessarie da infortunio o malattia

SSN e SSR: Servizio Sanitario Nazionale e Servizio Sanitario Regionale

Visita specialistica ambulatoriale: visita effettuata da medico chirurgo in possesso del titolo di specializzazione coerente con la visita

Visita specialistica in regime di ricovero: visita specialistica o consulto erogati in regime di ricovero notturno ed eseguiti da medico specialista non appartenente alla équipe medico chirurgica e anestesiologicala curante

1 Principi generali

1.1 Premessa

Fisde eroga i servizi e i rimborsi previsti e disciplinati da questo Piano sanitario, come esposti dalla Guida alle prestazioni, nel rispetto dello spirito solidaristico e integrativo espresso nello Statuto.

Le prestazioni Fisde per la non autosufficienza sono previste e disciplinate separatamente.

1.2 Beneficiari delle prestazioni

Con le limitazioni indicate specificamente da questo Piano sanitario, le prestazioni Fisde sono rivolte a:

- Soci ordinari e relativi familiari fiscalmente a carico
- Soci straordinari e per le sole prestazioni previste alle sezioni 3 e 4 di questo Piano sanitario anche i relativi familiari fiscalmente a carico
- Soci aggregati e relativi familiari fiscalmente a carico, nei limiti delle convenzioni stipulate da Fisde con le aziende di appartenenza.

Per familiari fiscalmente a carico si intendono coloro per i quali il Socio ordinario, aggregato o straordinario, con le limitazioni di cui al punto precedente, ha titolo alle detrazioni IRPEF e più specificatamente usufruisce delle detrazioni fiscali in sede di dichiarazione dei redditi per gli oneri sostenuti nel loro interesse. A norma del presente Regolamento sono esclusi dall'accesso alle prestazioni Fisde: a) i figli che abbiano compiuto i 30 anni di età b); gli altri familiari diversi dagli ascendenti (genitori e nonni), ovvero il coniuge legalmente ed effettivamente separato, i nipoti, i generi e le nuore, il suocero e la suocera, i fratelli e le sorelle.

In ogni caso sono considerati fiscalmente a carico tutti i familiari che possono avere accesso alle prestazioni per le persone con disabilità di cui al presente Piano Sanitario, per i quali il Socio usufruisce delle detrazioni IRPEF.

Sono altresì beneficiari, limitatamente alle prestazioni legate a gravidanza, parto naturale, parto cesareo o aborto terapeutico, terapie per sterilità/infertilità e test genetici prenatali, il coniuge non fiscalmente a carico o il convivente more uxorio del Socio ordinario o aggregato.

Il Socio e l'avente diritto hanno l'obbligo di usufruire prioritariamente dei servizi e delle prestazioni sanitarie erogati dal SSN/SSR e dalle altre strutture pubbliche.

Se per l'esigenza di fruire con tempestività di prestazioni sanitarie, il Socio e l'avente diritto non possono beneficiare della gratuità delle prestazioni erogate dal SSN/SSR, anche se gravata di ticket, possono rivolgersi alle seguenti strutture sanitarie:

- private non convenzionate con il SSN/SSR
- pubbliche e private convenzionate che svolgono anche l'attività intramoenia e libero professionale.

1.3 Tariffe di riferimento

Le tariffe di riferimento per i rimborsi Fisce sono contenute nel Nomenclatore tariffario di Fisce. Il Nomenclatore tariffario è deliberato dal Consiglio di Amministrazione Fisce con validità dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno di riferimento, restando comunque in vigore fino a quando non viene sostituito.

Fisce può variare in qualsiasi momento i servizi e le prestazioni ammessi a rimborso, i limiti e le modalità di fruizione previsti in questo Piano sanitario, le voci e le tariffe di rimborso previsti nel Nomenclatore tariffario.

1.4 Le forme di rimborso

Fisce eroga il rimborso in forma diretta o in forma indiretta.

Forma diretta: Fisce eroga il rimborso spettante alla struttura sanitaria convenzionata con Fisce, per le spese relative alle prestazioni sanitarie che la stessa ha anticipato in favore del Socio o avente diritto. L'eventuale eccedenza di spesa è pagata dall'assistito.

Forma indiretta: Fisce eroga al Socio il rimborso spettante per la spesa sanitaria sostenuta.

Il rimborso spettante sia in forma diretta che in forma indiretta è erogato:

- nei limiti indicati da questo Piano sanitario e dal Nomenclatore tariffario
- in riferimento alla normativa Fisce vigente alla data del documento fiscale di spesa.

Per ottenere il rimborso previsto da Fisce, per sé o per l'avente diritto, il Socio deve produrre la documentazione e le dichiarazioni previste da questo Piano sanitario.

1.5 Concorso tra rimborso Fisce e rimborsi erogati da altri soggetti

Se il Socio ottiene rimborso, indennizzo o risarcimento a qualsiasi titolo per la stessa prestazione dalla Regione, da altri Enti Pubblici o da altra organizzazione (es.: assicurazione privata, assicurazione aziendale, ecc.), l'importo rimborsabile da Fisce non potrà in ogni caso eccedere la quota di spesa rimasta a carico del Socio. Il Socio ha l'obbligo di restituire a Fisce l'eventuale somma eccedente la spesa sostenuta fino a concorrenza del rimborso erogato da Fisce stesso.

1.6 Sito internet e piattaforma operativa

www.fisce.it è il sito Internet istituzionale, con cui Fisce comunica ufficialmente ogni informazione di interesse generale, normativo e operativo.

Attraverso www.fisde.it il Socio:

- accede alla normativa Fisde
- accede alla policy e alla informativa Privacy
- conosce le aree di attività dell'assistenza Fisde
- scarica la modulistica necessaria per gli adempimenti operativi
- accede alle notizie Fisde su aggiornamenti normativi e procedurali
- consulta le guide operative dedicate ai Soci
- entra nella piattaforma operativa Fisdeweb

Fisdeweb è la piattaforma operativa per la gestione delle attività Fisde, con accesso riservato dal sito Internet www.fisde.it mediante log-in.

Nell'area riservata Fisdeweb, il Socio ha il proprio profilo personale e vi accede con nome utente e password che ottiene autonomamente al primo accesso.

Attraverso Fisdeweb, Fisde comunica al Socio ogni informazione sullo stato di lavorazione delle proprie pratiche, sull'eventuale sospensione e sull'esito delle richieste di rimborso. Tale comunicazione costituisce a tutti gli effetti notifica al Socio. In particolare, attraverso Fisdeweb, il Socio:

- chiede il rimborso delle prestazioni in forma indiretta con processo digitale, allegando la documentazione prevista, compresi eventuali moduli Fisde se necessari (download su www.fisde.it)
- verifica lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso
- riceve la notifica Fisde della sospensione o del rigetto della domanda
- invia i documenti integrativi richiesti a seguito di sospensione
- aggiorna i propri dati anagrafici e quelli del proprio nucleo familiare
- scarica i propri documenti Fisde (bollettino MAV della quota Socio straordinario, attestazione del versamento quota Socio straordinario, riepilogo annuale dei rimborsi ricevuti ecc.)
- invia la domanda di iscrizione Socio straordinario, la domanda di accesso alle prestazioni per le persone con disabilità e per le emergenze sociali
- chiede eventuali variazioni dei dati del proprio profilo
- comunica la variazione del proprio carico fiscale
- invia la documentazione per validare i rimborsi ricevuti nell'anno precedente per familiari maggiorenni a carico
- invia la documentazione per confermare la spettanza dei rimborsi dell'anno in corso (Socio straordinario titolare di pensione di reversibilità).

1.7 Servizio di assistenza

Il Socio ha a disposizione il servizio di assistenza Fisde attraverso due canali di contatto:

- numero verde 800991121
- e-mail info.fisde@fisde.it

1.8 Competenze del Consiglio di Amministrazione Fisce

Fermo quanto previsto dallo Statuto, il Consiglio di Amministrazione:

- 1.8.1** definisce e approva il Nomenclatore tariffario Fisce dell'anno di riferimento in base alle disponibilità di bilancio e ogni altra prestazione erogata da Fisce;
- 1.8.2** definisce le percentuali massime di rimborso – in misura pari, inferiore o superiore al 100% – in relazione alle tariffe di riferimento indicate nel Nomenclatore tariffario;
- 1.8.3** definisce franchigie e limiti massimi di rimborso (tetti) per singolo assistito o nucleo familiare, per tipologia di prestazione, per gruppi omogenei di prestazioni, per tutte le prestazioni;
- 1.8.4** stabilisce annualmente la modalità di liquidazione dei rimborsi secondo il sistema di acconto e saldo o in unica soluzione;
- 1.8.5** delibera interventi a favore dei familiari a carico dei Soci straordinari, affetti da stati morbosi di notevole gravità e persistenza per i quali occorre il ricorso a strutture sanitarie specializzate di alta qualifica per interventi o terapie straordinarie;
- 1.8.6** delibera l'erogazione di rimborsi relativi a spese farmaceutiche non riconosciute come gratuite o gravate del solo ticket, necessarie in relazione a stati morbosi di particolare gravità, che abbiano comportato nell'anno oneri economici, a carico del socio, non inferiori a quelli indicati in questo Piano sanitario;
- 1.8.7** delibera le convenzioni con le strutture sanitarie per il rimborso in forma diretta;
- 1.8.8** assume decisioni in relazione a eventuali rimborsi non previsti da questo Piano sanitario e dal Nomenclatore tariffario, in favore di Socio o avente diritto per il quale si renda indispensabile il ricorso a medici-chirurghi-odontoiatri e a strutture sanitarie a elevata specializzazione e di alta qualifica non convenzionate con il SSN/SSR;
- 1.8.9** delibera rimborsi ed eventuali anticipazioni per i casi di altissima chirurgia, previo parere dei consulenti medici chirurghi, odontoiatri incaricati da Fisce, anche in deroga a questo Piano sanitario e al Nomenclatore tariffario;
- 1.8.10** affida e controlla lo svolgimento degli incarichi a soggetti terzi;
- 1.8.11** assume le determinazioni circa la liquidazione di somme rimaste nella disponibilità di Fisce, a favore dei Soci, nel caso in cui non decida di portarle a riserva tecnica o destinarle al riconoscimento di nuove prestazioni o all'aumento dei rimborsi per l'anno successivo;
- 1.8.12** dispone ispezioni e controlli contabili e di merito, anche con carattere di sistematicità, circa l'applicazione del presente Piano sanitario, anche tramite consulenti medici chirurghi, odontoiatri incaricati da Fisce, se del caso, adottando le sanzioni previste all'articolo 8.3;
- 1.8.13** respinge la richiesta di rimborso in forma indiretta del Socio per sé o per l'avente diritto, se i consulenti medici chirurghi, odontoiatri ritengono che le prestazioni sanitarie eseguite non siano tra quelle riconosciute o riconoscibili come rimborsabili da questo Piano sanitario;
- 1.8.14** esige dal Socio la restituzione della somma liquidata da Fisce alla struttura sanitaria convenzionata per il rimborso in forma diretta, se dall'esame della documentazione inviata dalla struttura sanitaria dopo l'esecuzione della prestazione i consulenti medici chirurghi, odontoiatri rilevano che la prestazione fruita è diversa da quella autorizzata e non è rimborsabile.

2 Le prestazioni sanitarie

2.1 Beneficiari

Le prestazioni sanitarie Fisce previste da questo Piano sanitario sono rivolte ai beneficiari descritti all'articolo 1.2, salvo esclusioni o limitazioni indicate specificamente.

2.2 Le prestazioni non rimborsabili

Sono escluse dal rimborso:

- prestazioni di base (assistenza medico-generica SSN) comprese le certificazioni
- analisi cliniche eseguite ambulatorialmente, salvo quanto espressamente previsto da questo Piano sanitario
- prestazioni con finalità dietologiche e/o per la cura del corpo (case di cura per il benessere) e/o estetiche, salvo quelle di chirurgia plastica ricostruttiva
- visite mediche aventi carattere medico-legale
- prestazioni finalizzate al rilascio di certificazioni
- cure termali
- agopuntura e terapie iniettive, salvo quelle espressamente previste (vaccini)
- fisiochinesiterapia salvo quanto previsto da questo Piano sanitario
- in odontoiatria: la visita specialistica e gli interventi e qualsiasi tipo di prestazione a fini estetici
- assistenza infermieristica continuativa in presenza di eventi morbosi cronici
- ricoveri determinati da finalità diagnostiche (check-up)
- ricoveri in strutture sanitarie per lungodegenze, nelle residenze sanitarie assistenziali e comunque ricoveri riconducibili in qualsiasi modo a custodia o semplice assistenza infermieristica
- ticket per le prestazioni non riconosciute come rimborsabili da questo Piano sanitario
- aborto volontario, fatto salvo l'aborto terapeutico
- occhiali e lenti da sole, salvo quanto espressamente previsto da questo Piano sanitario (cheratocongiuntivite Vernal)
- uso del letto per l'accompagnatore non compreso nella tariffa, anche se maggiorata, della retta di degenza della struttura sanitaria presso la quale il Socio o avente diritto usufruisce delle prestazioni
- farmaci, salvo i casi espressamente previsti in questo Piano sanitario.

2.3 Le prestazioni sanitarie ammesse a rimborso

Fisde rimborsa le prestazioni sanitarie previste da questo Piano sanitario, eseguite presso strutture sanitarie autorizzate e professionisti legalmente esercenti.

Per ogni tipologia di prestazione, sono rimborsabili esclusivamente le voci indicate nel Nomenclatore tariffario.

Il rimborso può essere erogato sia nella forma diretta che nella forma indiretta se non diversamente specificato.

Per la richiesta di rimborso, il Socio deve inviare tutta la documentazione prevista dalla presente sezione di questo Piano sanitario e dal Nomenclatore tariffario, ferme restando le procedure e le modalità di richiesta di rimborso specificamente indicate nella sezione 6 di questo Piano sanitario.

Le prestazioni ammesse a rimborso da questo Piano sanitario sono rimborsabili anche se fruite all'estero, purché ogni documento allegato alla richiesta di rimborso sia accompagnato da traduzione in italiano.

Seguono le tipologie di prestazione ammesse a rimborso.

2.3.1 Visite specialistiche

Sono ammesse a rimborso le visite specialistiche eseguite da medico in possesso del titolo di specializzazione coerente con la visita.

Documentazione per la richiesta di rimborso

La documentazione fiscale di spesa deve riportare il nominativo del medico che ha eseguito la prestazione e il relativo titolo di specializzazione che deve essere coerente con la visita eseguita.

Limitazioni: per i Soci straordinari i rimborsi percepiti in forma diretta e indiretta per visite specialistiche concorrono al raggiungimento della soglia annua di 528 € con le prestazioni che seguono: odontoiatria, accertamenti diagnostici, interventi chirurgici ambulatoriali, fisiochinesiterapia e trattamenti riabilitativi. Fino a 528 € annui complessivi di rimborso per le prestazioni indicate Fisde erogherà il 100% dei rimborsi secondo i massimali e le limitazioni previsti dal presente Piano sanitario e dal Nomenclatore tariffario. Per le stesse prestazioni, superati i 528 € complessivi di rimborso nel corso dello stesso anno sarà erogato il 50% del rimborso Fisde. Qualora nell'ambito di una singola richiesta di rimborso si determini il superamento della soglia annua, la quota di rimborso fino al raggiungimento dei 528 € sarà erogata al 100% e la quota eccedente al 50%. Sono esclusi dall'applicazione della soglia i Soci straordinari con disabilità e i relativi familiari con disabilità.

2.3.2 Accertamenti diagnostici

Sono ammessi a rimborso gli accertamenti diagnostici per le branche:

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

Documentazione per la richiesta di rimborso

- documentazione fiscale di spesa che descrive gli esami diagnostici eseguiti e le tariffe applicate; se dalla fattura o dalla ricevuta fiscale non risulta la tipologia specifica dell'accertamento diagnostico effettuato con la tariffa applicata, il Socio deve produrre certificazione del centro diagnostico o del medico chirurgo che descrive quanto sopra
- prescrizione medica con indicazione del quesito diagnostico.

Limitazioni: per i Soci straordinari i rimborsi percepiti in forma diretta e indiretta per gli accertamenti diagnostici concorrono al raggiungimento della soglia annua di 528 € con le prestazioni che seguono: odontoiatria, visite specialistiche, interventi chirurgici ambulatoriali, fisiochinesiterapia e trattamenti riabilitativi. Fino a 528 € annui complessivi di rimborso per le prestazioni indicate Fide erogherà il 100% dei rimborsi secondo i massimali e le limitazioni previsti dal presente Piano sanitario e dal Nomenclatore Tariffario. Per le stesse prestazioni, superati i 528 € complessivi di rimborso nel corso dello stesso anno sarà erogato il 50% del rimborso Fide. Qualora nell'ambito di una singola richiesta di rimborso si determini il superamento della soglia annua, la quota di rimborso fino al raggiungimento

dei 528 € sarà erogata al 100% e la quota eccedente al 50%. Sono esclusi dall'applicazione della soglia i Soci straordinari con disabilità e i relativi familiari con disabilità.

2.3.3 Ricoveri con o senza intervento chirurgico

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

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

Gli accertamenti diagnostici eseguiti per accedere al ricovero in regime di degenza notturna o diurna, se il ricovero avviene entro 30 giorni dagli stessi, sono rimborsabili nella stessa misura di quelli eseguiti durante il ricovero (intra-ricovero).

Documentazione per la richiesta di rimborso

- documentazione fiscale di spesa
- copia della cartella clinica completa o documentazione sanitaria equivalente rilasciata dalla struttura sanitaria
- per gli interventi chirurgici è necessaria anche la documentazione diagnostica prevista specificamente dal Nomenclatore tariffario.

Limitazioni: per il Socio aggregato dipendente di Azienda con convenzione Fide Open il limite massimo di rimborso erogabile per anno (1° gennaio - 31 dicembre) è di 5.000 € per ogni assistito del nucleo familiare.

2.3.4 Maggior rimborso per ricovero chirurgico notturno con referto esame istologico definitivo positivo per malignità

In caso di ricovero chirurgico notturno per patologie oncologiche confermate da esame istologico definitivo positivo per malignità, Fide riconosce un maggior rimborso complessivo pari al 10%.

Il rimborso aggiuntivo si applica esclusivamente agli interventi chirurgici indicati nell'Allegato all'articolo 2.3.4, in calce al presente Piano sanitario.

La maggiorazione viene calcolata sulle tariffe previste dal Nomenclatore Tariffario, con riferimento a tutte le prestazioni erogabili durante il ricovero chirurgico notturno, come stabilito dalla normativa vigente e documentato dalla relativa certificazione sanitaria e dai giustificativi di spesa.

In ogni caso, il rimborso complessivo non potrà superare i limiti annuali previsti dall'art. 2.3.3 del presente piano sanitario.

Documentazione per la richiesta di rimborso

- documentazione fiscale di spesa
- copia della cartella clinica completa
- documentazione diagnostica specificatamente prevista dal Nomenclatore tariffario per gli interventi chirurgici indicati nell'Allegato all'articolo 2.3.4, in calce al presente Piano sanitario
- referto istologico completo e definitivo che attesti la natura maligna della patologia oncologica.

2.3.5 Pacchetti per intervento chirurgico e parto naturale

Il rimborso è riconosciuto con modalità a pacchetto.

Documentazione per la richiesta di rimborso

- documentazione fiscale di spesa
- copia della cartella clinica completa o documentazione sanitaria equivalente rilasciata dalla struttura sanitaria.

Limitazioni: per il Socio aggregato dipendente di Azienda con convenzione Fisce Open il limite massimo di rimborso erogabile per anno (1° gennaio - 31 dicembre) è di 5.000 € per ogni assistito del nucleo familiare.

2.3.6 Interventi chirurgici ambulatoriali

Documentazione per la richiesta di rimborso

- documentazione fiscale di spesa
- copia della cartella clinica completa o certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria o dal medico chirurgo che attesti la tipologia delle prestazioni eseguite
- documentazione diagnostica prevista specificamente dal Nomenclatore tariffario.

Limitazioni:

- per il Socio aggregato dipendente di Azienda con convenzione Fisce Open il limite massimo di rimborso erogabile per anno (1° gennaio - 31 dicembre) è di 5.000 € per assistito.
- per i Soci straordinari i rimborsi percepiti in forma diretta e indiretta per gli interventi chirurgici ambulatoriali concorrono al raggiungimento della soglia annua di 528 € con le prestazioni che seguono: odontoiatria, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, fisiochinesiterapia e trattamenti riabilitativi. Fino a 528 € annui complessivi di rimborso per le prestazioni indicate Fisce erogherà il 100% dei rimborsi secondo i massimali e le limitazioni previsti dal presente Piano sanitario e dal Nomenclatore Tariffario. Per le stesse prestazioni, superati i 528 € complessivi di rimborso nel corso dello stesso anno

sarà erogato il 50% del rimborso Fisce. Qualora nell'ambito di una singola richiesta di rimborso si determini il superamento della soglia annua, la quota di rimborso fino al raggiungimento dei 528 € sarà erogata al 100% e la quota eccedente al 50%. Sono esclusi dall'applicazione della soglia i Soci straordinari con disabilità e i relativi familiari con disabilità.

2.3.7 Emodialisi

Documentazione per la richiesta di rimborso

- documentazione fiscale di spesa
- copia della cartella clinica completa o certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria o dal medico chirurgo che attesti la tipologia delle prestazioni eseguite.

2.3.8 Psicologia e psicoterapia

Il rimborso è ammesso esclusivamente in forma indiretta.

Documentazione per la richiesta di rimborso

- documentazione fiscale di spesa deve indicare:
 - il nominativo e la qualifica professionale dello psicologo/psicoterapeuta
 - la tipologia e il numero di prestazioni.

2.3.9 Terapie e vaccini per le allergie

Documentazione per la richiesta di rimborso

- documentazione fiscale di spesa
- prescrizione/attestazione della prestazione con timbro e firma del sanitario
- copia della cartella clinica completa o certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria o dal medico chirurgo che attesti la tipologia delle prestazioni eseguite.

2.3.10 Fisiocinesiterapia e trattamenti riabilitativi

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

È ammesso a rimborso il noleggio o l'acquisto di apparecchiature per fisiocinesiterapia, esclusivamente in forma indiretta.

Documentazione per la richiesta di rimborso

- documentazione fiscale di spesa che indica tipologia e numero delle prestazioni fruite (o la tipologia di apparecchiatura noleggiata o acquistata)
- prescrizione dello specialista di branca – con timbro e firma dello stesso – che indica la diagnosi, la tipologia e il numero delle prestazioni da effettuare (o la tipologia di apparecchiatura per noleggio o acquisto)
- **scheda per rimborso di trattamenti riabilitativi/fisioterapia** (modulo Fisce) firmata dal Socio o avente diritto a conferma delle prestazioni fruite e compilata e firmata come segue:

Sezione A compilata e firmata dal medico specialista di branca in alternativa alla prescrizione redatta separatamente

Sezione B compilata e firmata dalla struttura sanitaria o dal terapeuta abilitato che ha eseguito le prestazioni.

Se nel corso della terapia la struttura sanitaria o il terapeuta emettono più documenti fiscali di spesa, il Socio deve chiedere il rimborso di tutti i documenti fiscali di spesa in unica soluzione al completamento del ciclo di cure, entro la scadenza prevista dall'articolo 6.9, riferita all'ultimo documento fiscale di spesa. Il rimborso dei singoli documenti fiscali di spesa è condizionato alla titolarità del diritto alle prestazioni (stato di Socio o di familiare fiscalmente a carico) nell'anno di emissione delle stesse.

Limitazioni: per i Soci straordinari i rimborsi percepiti in forma diretta e indiretta per fisiochinesiterapia e trattamenti riabilitativi concorrono al raggiungimento della soglia annua di 528 € con le prestazioni che seguono: odontoiatria, visite specialistiche, accertamenti diagnostici e interventi chirurgici ambulatoriali. Fino a 528 € annui complessivi di rimborso per le prestazioni indicate Fisce erogherà il 100% dei rimborsi secondo i massimali e le limitazioni previsti dal presente Piano sanitario e dal Nomenclatore Tariffario. Per le stesse prestazioni, superati i 528 € complessivi di rimborso nel corso dello stesso anno sarà erogato il 50% del rimborso Fisce. Qualora nell'ambito di una singola richiesta di rimborso si determini il superamento della soglia annua, la quota di rimborso fino al raggiungimento dei 528 € sarà erogata al 100% e la quota eccedente al 50%. Sono esclusi dall'applicazione della soglia i Soci straordinari con disabilità e i relativi familiari con disabilità.

2.3.11 Terapie per la sterilità e l'infertilità maschile e femminile

Documentazione per la richiesta di rimborso

- documentazione fiscale di spesa che indica la tipologia di prestazione
- copia della cartella clinica completa o certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria o dal medico chirurgo che attesti la tipologia delle prestazioni eseguite.

2.3.12 Assistenza infermieristica continuativa in presenza di evento morboso acuto

Il rimborso è ammesso:

- esclusivamente in forma indiretta
- per un periodo massimo di 180 giorni per evento

Documentazione per la richiesta di rimborso

- documentazione fiscale di spesa rilasciata da infermiere abilitato o da struttura sanitaria autorizzata dalle autorità competenti
- certificazione della struttura sanitaria dove è avvenuto il ricovero
- in assenza di ricovero, certificazione rilasciata da sanitario di struttura pubblica che attesta la presenza di un evento morboso acuto e non cronico.

Limitazioni: per il Socio aggregato dipendente di Azienda con convenzione Fisce Open il limite massimo di rimborso erogabile per anno (1° gennaio - 31 dicembre) è di 5.000 € per assistito.

2.3.13 Presidi, protesi e apparecchi acustici

Il rimborso è ammesso esclusivamente in forma indiretta.

Fisce rimborsa le protesi necessarie durante il ricovero/interventi chirurgici, in tutti gli altri casi sono rimborsabili le voci indicate nel Nomenclatore tariffario.

Documentazione per la richiesta di rimborso

- documentazione fiscale di spesa
- prescrizione del medico specialista della branca di riferimento che attesta la diagnosi certa della menomazione o della patologia sofferta, con timbro e firma dello stesso.

2.3.14 Diagnostica, cure e protesi odontoiatriche

Documentazione per la richiesta di rimborso

- documentazione fiscale di spesa da cui deve risultare che le prestazioni sono state eseguite presso strutture sanitarie autorizzate dalle autorità competenti per diagnosi e cure odontoiatriche e da medici chirurgi, odontoiatri iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri secondo le normative vigenti
- scheda per cure odontoiatriche (modulo Fisce) compilata e firmata dall'odontoiatra che ha eseguito le cure e firmata anche dal Socio o avente diritto a conferma delle cure fruitive
- documentazione diagnostica specificamente prevista dal Nomenclatore tariffario e indicata nella scheda per cure odontoiatriche.

Se il Socio o l'avente diritto paga fatture di acconto nel corso della terapia, potrà chiedere il rimborso di ciascuna di esse oppure chiedere il rimborso in unica soluzione al completamento delle cure, in occasione della fattura di saldo entro la scadenza prevista

dall'articolo 6.9 relativa a quest'ultima: all'insieme delle fatture presentate saranno applicati i limiti massimi di rimborso e la normativa vigente nell'anno di emissione della fattura di saldo.

Si precisa che:

- il rimborso delle singole fatture è condizionato alla titolarità del diritto alle prestazioni (stato di Socio o di familiare fiscalmente a carico) nell'anno di emissione di ciascuna fattura
- se la fattura di saldo è emessa nel mese di dicembre, il termine ultimo per la presentazione della richiesta di rimborso delle fatture di acconto e di saldo rimane fissato, a pena di decadenza, al 31 gennaio dell'anno successivo a quello di emissione della fattura di saldo.

Il rimborso relativo a prestazioni ortodontiche è ammesso per un periodo massimo di trattamento di tre anni.

Limitazioni

Per Socio ordinario e Socio aggregato dipendente di Azienda con convenzione **Fisde Sel** il limite massimo di rimborso erogabile per ciascun anno (1° gennaio - 31 dicembre) è:

- 4.000 € per Socio o avente diritto

Fermo il limite individuale di cui sopra

- 6.000 € per prestazioni a favore di due assistiti dello stesso nucleo familiare
- 8.000 € per prestazioni a favore di tre o più assistiti dello stesso nucleo familiare.

Per Socio straordinario il limite massimo di rimborso erogabile per ciascun anno (1° gennaio - 31 dicembre) è 2.500 €. I rimborsi percepiti in forma diretta e indiretta per le prestazioni di odontoiatria concorrono al raggiungimento della soglia annua di 528 € con le prestazioni che seguono: visite specialistiche, accertamenti diagnostici, interventi chirurgici ambulatoriali e fisiochinesiterapia e trattamenti riabilitativi. Fino a 528 € annui complessivi di rimborso per le prestazioni indicate Fisde erogherà il 100% dei rimborsi secondo i massimali e le limitazioni previsti dal presente Piano sanitario e dal Nomenclatore Tariffario. Per le stesse prestazioni, superati i 528 € complessivi di rimborso nel corso dello stesso anno sarà erogato il 50% del rimborso Fisde. Qualora nell'ambito di una singola richiesta di rimborso si determini il superamento della soglia annua, la quota di rimborso fino al raggiungimento dei 528 € sarà erogata al 100% e la quota eccedente al 50%. Sono esclusi dall'applicazione della soglia i Soci straordinari con disabilità e i relativi familiari con disabilità.

Per Socio aggregato dipendente di Azienda con convenzione **Fisde Edison** è ammesso il rimborso di prestazioni odontoiatriche solo se ha esercitato l'opzione; il limite massimo di rimborso erogabile per ciascun anno (1° gennaio - 31 dicembre) è:

- 5.000 € per Socio o avente diritto

Fermo il limite individuale di cui sopra

- 7.500 € nel caso di prestazioni a favore di due assistiti dello stesso nucleo familiare
- 10.000 € nel caso di prestazioni a favore di tre o più assistiti appartenenti allo stesso nucleo familiare.

Per Socio aggregato dipendente di Azienda con convenzione **Fisde Open** è ammesso il rimborso di prestazioni odontoiatriche se beneficiario del pacchetto standard, o beneficiario del pacchetto ridotto che ha esercitato l'opzione per il pacchetto odontoiatria.

Il limite massimo di rimborso erogabile per ciascun anno (1° gennaio - 31 dicembre) è:

- 1.750 € per Socio o avente diritto

Fermo il limite individuale di cui sopra

- 2.000 € per prestazioni a favore di due assistiti dello stesso nucleo familiare
- 2.500 € per prestazioni a favore di tre o più assistiti appartenenti allo stesso nucleo familiare.

2.3.15 Lenti e montature da vista

Il rimborso è ammesso solo in forma indiretta.

Fisde rimborsa un solo paio di lenti (da vicino o da lontano o bifocali o multifocali) ogni due anni esclusivamente per la correzione del visus o difetti oculari. Per i bambini fino a 14 anni, il periodo può essere ridotto a un anno se il medico specialista o l'ottico optometrista diplomato certifica un difetto o una variazione significativa del visus che renda necessaria la sostituzione delle lenti (conseguentemente, della montatura) in precedenza ammesse al rimborso.

Fisde rimborsa una sola montatura ogni tre anni per lo stesso beneficiario. Per soggetti fino ai 18 anni compiuti, il rimborso può essere richiesto in un termine inferiore, se la richiesta è corredata da certificazione del medico oculista o dell'ottico optometrista da cui risulta che la montatura e le lenti non sono più adatte per intervenute problematiche anatomiche.

In alternativa agli occhiali (lenti e montatura) Fisde rimborsa lenti a contatto, ferme restando le limitazioni temporali indicate.

In presenza di cheratocongiuntivite Vernal sono ammessi a rimborso lenti e occhiali da sole. Per fruire del rimborso (per cui si fa riferimento ai valori tariffari previsti per le normali montature e per lenti sferiche o cilindriche) è necessaria la diagnosi circostanziata dello specialista (oculista) con prescrizione di lenti scure, oltre alla documentazione indicata di seguito.

Documentazione per la richiesta di rimborso

- documentazione fiscale di spesa
- scheda per lenti e montature (modulo Fisde)

oppure

- prescrizione del medico oculista o dichiarazione dell'ottico optometrista diplomato che attesta il difetto del visus relativo alla richiesta di rimborso.

Limitazioni: per il Socio aggregato dipendente di Azienda con convenzione Edison le lenti sono ammesse a rimborso ogni tre anni, per ogni assistito del nucleo familiare.

2.3.16 Ticket del SSN/SSR

Il rimborso di ticket del SSN/SSR è erogabile per le prestazioni ammesse a rimborso da questo Piano sanitario.

È ammesso il rimborso di ticket relativi alle analisi cliniche, limitatamente alla parte eccedente i primi 50 € della spesa sostenuta nell'anno (1° gennaio - 31 dicembre).

In caso di ticket per prestazioni odontoiatriche, il rimborso è erogato fino a concorrenza della percentuale massima (articolo 7.1.2 di questo Piano sanitario, diagnostica cure e protesi odontoiatriche) prevista sulle tariffe di riferimento indicate nel Nomenclatore tariffario e nel rispetto delle limitazioni indicate all'articolo 2.3.14 di questo Piano sanitario.

Il Socio può chiedere il rimborso dei ticket pagati nell'anno in corso anche in forma cumulativa, inviando la richiesta, a pena di decadenza, entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di emissione dei ticket.

2.3.17 Second opinion

Fisde rimborsa le spese sostenute dai Soci per un consulto telematico finalizzato a una seconda valutazione da parte di un medico o di un'équipe esperta per confrontare, confermare o rivalutare una prima diagnosi o una prima indicazione terapeutica in merito alle seguenti patologie:

- neoplasia maligna metastatica in trattamento, con aggravamento delle condizioni generali
- chirurgia dell'aorta
- malattie degenerative del sistema nervoso centrale quali sclerosi multipla, morbo di Parkinson, morbo di Alzheimer
- interventi di chirurgia pediatrica per:
 - idrocefalo
 - polmone cistico e policistico
 - atresia dell'esofago
 - fistola dell'esofago
 - atresia dell'ano
 - megaretere: resezione con reimpianto – resezione con sostituzione di ansa intestinale

- megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson
- fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale
- pseudocisti e fistole pancreatiche.

Tetto di rimborso annuo: 300 € per Socio.

Documentazione per la richiesta di rimborso:

- certificazione sanitaria che attesti la patologia
- documentazione di spesa da cui si evinca servizio di second opinion
- relazione di second opinion.

2.4 Norma transitoria per psicoterapia e analisi cliniche

Per l'anno 2026, per i Soci ordinari e aggregati e i relativi familiari fiscalmente a carico:

- il limite massimo di rimborso per anno delle spese per psicoterapia è fissato in 720 €, ferma restando la tariffa per singola prestazione prevista dal Nomenclatore tariffario
- sono ammesse a rimborso le spese sostenute per le analisi cliniche effettuate in regime privato, con franchigia per i primi 50 € di spesa e fino a un tetto massimo di 150 € per assistito. Per il rimborso è necessario presentare, nel rispetto dei termini regolamentari:
 - prescrizione medica
 - documentazione fiscale della spesa sostenuta, con dettaglio delle analisi eseguite coerente con la prescrizione medica.

2.bis Attivazione di Fisce premium

Nel rispetto di quanto previsto dallo Statuto, in via sperimentale e per il semestre dal 1° luglio al 31 dicembre 2026, i Soci ordinari possono aderire, su base volontaria e individuale nonché con quota di contribuzione a proprio carico, all'iniziativa Fisce premium.

L'adesione alla predetta iniziativa consente al Socio caponucleo e agli eventuali suoi familiari fiscalmente a carico di accedere a un regime di rimborso più favorevole a fronte di prestazioni fruitive in via diretta o indiretta dal 1° luglio al 31 dicembre 2026 e rientranti tra quelle indicate al successivo [articolo 2.bis.1](#) (visite specialistiche, accertamenti diagnostici e specifici interventi chirurgici ad alta rilevanza clinica).

La quota di contribuzione posta a carico dei Soci ordinari per l'adesione a Fisce premium è fissata, per il periodo intercorrente tra il 1° luglio e il 31 dicembre 2026, in 55 €, come da delibera del Consiglio di Amministrazione di Fisce. Tale quota, in caso di eventuali futuri rinnovi dell'iniziativa, potrà essere aggiornata da Fisce.

I Soci ordinari interessati possono aderire alla predetta iniziativa tramite il pagamento della su citata quota di contribuzione, da disporsi, salvo eventuali proroghe, a partire dal 1° giugno 2026 e, in ogni caso, entro e non oltre il 30 giugno 2026, mediante apposito MAV scaricabile dalla propria area riservata Fisdeweb.

Il Socio ordinario decade dal diritto di richiedere l'attivazione di Fisce premium per il semestre intercorrente tra 1° luglio e il 31 dicembre 2026, ove il pagamento della quota di contribuzione di 55 € sia stato effettuato successivamente al 30 giugno 2026.

L'adesione a Fisce premium è irrevocabile per l'intero periodo di efficacia della stessa e la quota versata non è in alcun caso rimborsale, nemmeno parzialmente.

In caso di proroghe alla finestra d'iscrizione, rientrano comunque in Fisce premium le prestazioni in forma indiretta fruitive tra il 1° luglio e il 31 dicembre 2026, fatte salve le richieste di rimborso già in liquidazione alla data di pagamento della quota di contribuzione.

Non rientrano in Fisce premium le prestazioni in forma diretta fruitive tra il 1° luglio e il 31 dicembre 2026, qualora la richiesta di autorizzazione sia stata presentata in data uguale o anteriore all'iscrizione all'iniziativa.

L'adesione a Fisce premium comporta l'incondizionata accettazione da parte degli aderenti delle previsioni di cui al presente Piano sanitario nonché delle modalità e delle condizioni di erogazione di seguito stabilite.

2.bis.1 Prestazioni

Fisde premium concerne esclusivamente le prestazioni eseguite in Italia in favore del Socio ordinario che aderisce e dei suoi familiari fiscalmente a carico nel periodo intercorrente tra il 1° luglio e il 31 dicembre 2026. Le prestazioni erogate in territorio estero nel medesimo lasso temporale sono rimborsate secondo le previsioni del piano ordinario.

Fisde premium si applica alle seguenti prestazioni, con le modalità ed entro i limiti di seguito indicati:

(i.) Visite specialistiche

Con riferimento alle prestazioni previste dall'articolo 2.3.1 del presente Piano sanitario l'adesione a Fisde premium dà diritto a un rimborso percentuale della spesa sostenuta pari a:

- 80% in caso di Socio caponucleo e familiare a carico maggiorenne, o, se superiore, la tariffa prevista dal Nomenclatore tariffario per il piano ordinario;
- 90% per figlio a carico minorenni, o, se superiore, la tariffa prevista dal Nomenclatore tariffario per il piano ordinario.

Limitazioni:

- l'importo massimo rimborsabile per singola visita è pari a 200 €;
- resta fermo il limite annuo di 10 visite per assistito previsto dal Nomenclatore tariffario. Concorrono al raggiungimento del limite annuo eventuali visite già eseguite nell'anno in forma diretta e indiretta alla data di iscrizione.

(ii.) Accertamenti diagnostici

Con riferimento alle prestazioni previste dall'articolo 2.3.2 del presente Piano sanitario l'adesione a Fisde premium dà diritto a un rimborso percentuale della spesa sostenuta pari a:

- 80% in caso di Socio caponucleo e familiare a carico maggiorenne, o, se superiore, la tariffa prevista dal Nomenclatore tariffario per il piano ordinario;
- 90% per figlio a carico minorenni, o, se superiore, la tariffa prevista dal Nomenclatore tariffario per il piano ordinario.

Massimale annuo:

- 2.000 € per assistito per accertamenti eseguiti in regime di ricovero, fermo restando franchigie e limiti specifici previsti dal Nomenclatore tariffario;
- 2.000 € per assistito per accertamenti extra ricovero, fermo restando franchigie e limiti specifici previsti dal Nomenclatore tariffario.

(iii.) Interventi chirurgici ad alta rilevanza clinica

Con riferimento alle prestazioni previste dall'articolo 2.3.3 del presente Piano sanitario e limitatamente all'elenco degli interventi chirurgici ad alta rilevanza clinica di seguito riportati è previsto il rimborso percentuale della spesa sostenuta pari a:

- 80% in caso di Socio caponucleo e familiare a carico maggiorenne, o, se superiore, la tariffa del Nomenclatore tariffario per il piano ordinario;
- 90% per figlio a carico minorenni, o, se superiore, la tariffa del Nomenclatore tariffario per il piano ordinario.

Le percentuali indicate, applicabili anche in caso di regime DRG (Diagnosis Related Groups/Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi), fanno riferimento all'importo rimborsabile per le seguenti voci di spesa richiamate nella pratica di ricovero per intervento chirurgico ad alta rilevanza clinica, fermo restando i limiti annuali specifici previsti dal Nomenclatore tariffario per:

- materiali (3.000 € annui)
- medicinali (500 € annui)
- analisi effettuate in regime di ricovero (300 € annui)
- presidi e protesi (5.000 € annui)

Non si applica Fide premium al rimborso dei costi per sala operatoria e retta di degenza, che saranno rimborsati in base al Nomenclatore tariffario.

Resta altresì escluso il riconoscimento dell'eventuale maggior rimborso oncologico previsto dall'articolo 2.3.4 del presente Piano sanitario.

Massimale annuo:

- 90.000 € per assistito.

Elenco interventi chirurgici ad alta rilevanza clinica:

Codice	Prestazione
348	Emicolectomia sinistra con linfadenectomie ed eventuale colostomia (Hartmann e altre)
1341	Instillazione vescicale con chemioterapico (per seduta, compreso cateterismo vescicale)
742	Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale per patologia neoplastica, con linfadenectomia
1364	Neoplasia vescicale, resezione endoscopica di (TURB)
9542	Rimozione di expander, inserito in precedente intervento chirurgico di mastectomia, e introduzione di protesi mammaria definitiva (come unico intervento)
1442	Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomie, compresa eventuale legatura dei deferenti (qualsiasi accesso e tecnica, anche robotica)
1391	Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di
1420	Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
1381	Eminefrectomia

651	Resezione segmentaria o lobectomia (comprese eventuali linfadenectomie)
280	Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale
607	Bilobectomia, intervento di (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
8704	Quadrantectomia con ricerca e asportazione del linfonodo sentinella e linfadenectomie associate (compresa prestazione del medico nucleare/radiologo)
9540	Quadrantectomia con asportazione linfonodo sentinella senza altre linfadenectomie associate
191	Quadrantectomia senza linfadenectomie associate
270	Linfadenectomia latero cervicale monolaterale (come unico intervento)
195	Rimozione ed eventuale sostituzione di protesi mammaria impiantata in precedente intervento chirurgico di mastectomia (come unico intervento)
8725	Radicalizzazione di recente asportazione di lesione che si rende necessaria dopo esame istologico (documentata da referto istologico)
448	Cefalo duodeno pancreasectomia compresa eventuale linfadenectomia
8825	Biopsia prostatica con tecnica fusion comprensiva di RMN ed ECO
144	Bypass aorto coronarici multipli (C.E.C.)
145	Bypass aorto coronarico singolo (C.E.C.)
165	Ablazione transcatetere
161	Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)
162	Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarici (C.E.C.)
164	Valvuloplastica cardiocirurgica
166	Angioplastica coronarica (PTCA) vaso singolo con o senza trombolisi comprensivo di eventuale stand-by cardiocirurgico ed eventuale applicazione di stents
167	Angioplastica coronarica (PTCA) vasi multipli con o senza trombolisi comprensivo di eventuale stand-by cardiocirurgico ed eventuale applicazione di stents
181	Valvuloplastica non cardiocirurgica
9569	Aneurismi aorta addominale: posizionamento endoprotesi
823	Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di
691	Tromboendoarteriectomia (TEA) e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici
8988	(Iniezione intravitreale per degenerazione maculare a trattamento (max 3 trattamenti l'anno/occhio)
8894	Biopsia prostatica con tecnica fusione

2.bis.2 Fide premium per persone con disabilità e in emergenza sociale

Il maggior rimborso erogabile con Fide premium non è cumulabile con le condizioni di maggior favore previste per le prestazioni per le persone con disabilità e in emergenza sociale di cui agli articoli 2 e 3 del presente Piano sanitario.

In caso di disabilità e contestuale iscrizione a Fide premium, per le sole prestazioni rientranti nella predetta iniziativa, trova applicazione la disciplina di cui al presente articolo, con conseguenziale inapplicabilità delle previsioni aventi a oggetto le prestazioni per le persone con disabilità e in emergenza sociale.

2.bis.3 Validità di Fide premium

L'iniziativa Fide premium è attivabile in via sperimentale per il semestre 1° luglio-31 dicembre 2026.

Fide non garantisce rinnovi successivi che saranno eventualmente valutati dal Consiglio di Amministrazione nel rispetto delle previsioni statutarie nonché, nel caso, comunicati alla platea dei potenziali beneficiari tramite il proprio sito web.

In caso di eventuale rinnovo dell'iniziativa, Fide si riserva la facoltà di aggiornare le disposizioni di cui a Fide premium, anche in relazione alla quota di contribuzione e all'eventuale durata di futuri rinnovi. Le modifiche saranno rese note ai Soci mediante pubblicazione sui canali istituzionali e si applicheranno dalla data di pubblicazione o dalla diversa data ivi indicata.

Fide premium cessa automaticamente con la perdita della qualifica di Socio ordinario. In tal caso, l'aderente non potrà richiedere la restituzione della quota parte di contribuzione versata e relativa alle mensilità non fruite a causa della perdita della qualifica di Socio ordinario né avrà diritto ad alcun rimborso per le predette mensilità.

3 Le prestazioni per le persone con disabilità

3.1 Le prestazioni

Le prestazioni per le persone con disabilità sono:

- prestazioni assistenziali alla persona (articolo 3.6)
- prestazioni e attività associative (articolo 3.7)
- prestazioni erogative (articolo 3.8)

Fisde si avvale di consulenti per la loro realizzazione e per la valutazione delle richieste.

3.2 Beneficiari

Sono ammessi a beneficiare delle prestazioni per le persone con disabilità i Soci ordinari, straordinari, aggregati e i loro familiari a carico a cui è riconosciuta la certificazione di:

- invalidità pari al 100%
- indennità di accompagnamento
- invalidità civile del minore di anni 18, in relazione a difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni della propria età
- cieco assoluto
- sordo.

Sono ammessi a beneficiare delle prestazioni per le persone con disabilità anche i Soci ordinari e aggregati e – entro il limite di 40 anni di età – i Soci straordinari e i familiari a carico dei Soci ordinari, aggregati e straordinari con una minorazione fisica, psichica o sensoriale stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione, secondo quanto indicato dall'art. 3, comma 1 della Legge 104/92. Superato il limite previsto di 40 anni di età o se si modifica lo status associativo (es.: da Socio ordinario a Socio straordinario) l'interessato potrà continuare a beneficiare delle prestazioni, rinnovando la domanda di accesso di cui al successivo articolo 3.3, se rientrante in altro caso contemplato nel presente articolo.

3.3 Domanda di accesso alle prestazioni

Per beneficiare delle prestazioni dedicate alle persone con disabilità, il Socio deve inviare a Fisde la domanda di accesso (modulo Fisde), corredata da:

- certificazione sanitaria rilasciata dalla Commissione medica competente ai sensi dell'art. 4 della Legge 104/1992

oppure

- certificazione rilasciata dalle competenti Commissioni Pubbliche che attesta la cecità assoluta o la sordità o l'invalidità del 100% o l'invalidità del minore a causa della difficoltà persistente a svolgere compiti e funzioni della propria età

oppure

- certificazione attestante il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento.

La domanda di accesso alle prestazioni deve essere inviata a Fisce attraverso Fisdeweb (articolo 1.6). Non sono ammesse certificazioni incomplete, in omissis o di cui sia in corso la revisione.

Se la domanda di accesso alle prestazioni riguarda il familiare fiscalmente a carico, il Socio deve anche allegare la dichiarazione di responsabilità attestante che il familiare è fiscalmente a suo carico (modulo Fisce).

Il diritto a fruire delle prestazioni per le persone con disabilità decorre dalla data di perfezionamento della domanda di accesso alle prestazioni per le persone con disabilità, subordinatamente alla verifica della sussistenza dei requisiti previsti dall'articolo 3.2.

3.4 Visita di revisione

La certificazione sanitaria (verbale di Commissione medica) che attesta i requisiti per l'accesso alle prestazioni Fisce per le persone con disabilità può indicare la necessità di visita di revisione con relativa data di scadenza.

Dopo che l'assistito si è sottoposto alla visita di revisione il Socio deve documentarne l'esito a Fisce, per confermare che permane il diritto alle prestazioni Fisce per le persone con disabilità.

Nei dodici mesi successivi alla data indicata come scadenza per la visita di revisione nel verbale di Commissione medica, l'assistito che non è stato ancora convocato alla visita può continuare a fruire con riserva delle prestazioni Fisce per le persone con disabilità inviando richiesta a Fisce.

Trascorsi i dodici mesi dalla data indicata come scadenza per la visita di revisione nel verbale di Commissione medica, se l'interessato non ha ancora inviato a Fisce la documentazione con l'esito della visita di revisione, può continuare a presentare richieste di rimborso, nel rispetto dei termini regolamentari alle condizioni che seguono:

- i rimborsi per le Prestazioni erogative di natura sanitaria dell'articolo 3.8.1 saranno provvisoriamente erogati entro i limiti delle prestazioni sanitarie previsti per tutti i Soci
- i rimborsi per le Prestazioni erogative di cui agli articoli da 3.8.2 a 3.8.10 e gli importi differenziali per le Prestazioni erogative di natura sanitaria dell'articolo 3.8.1 saranno erogati solo dopo l'invio dell'esito della visita di revisione che conferma i requisiti per l'accesso alle prestazioni per le persone con disabilità.

Il Socio deve restituire l'importo delle prestazioni (rimborsi, ecc.) impropriamente ricevute da Fisce, se:

- dalla documentazione della visita di revisione non risulterà confermata la spettanza delle prestazioni Fisce per le persone con disabilità

- non avrà inviato a Fide la documentazione della visita di revisione entro i ventiquattro mesi successivi alla data indicata per la visita di revisione nel verbale di Commissione medica.

3.5 Perdita della condizione di familiare fiscalmente a carico

L'assistito con disabilità che perde la condizione di familiare a carico in relazione alla percezione di Prestazioni erogative o di altre erogazioni aventi carattere sostanzialmente assistenziale effettuate da terzi ma complementari a interventi promossi da Fide, per tutto il tempo di percezione delle suddette erogazioni, ha diritto alle sole prestazioni previste da Fide per le persone con disabilità. Eventuali diverse prestazioni sono recuperate da Fide.

3.6 Prestazioni assistenziali alla persona

Le prestazioni assistenziali alla persona sono rivolte al singolo assistito, per migliorarne la qualità della vita anche attraverso un'integrazione più soddisfacente nei diversi sottosistemi sociali di appartenenza (scuola, ambiente lavorativo, ecc.) e ogni altro tipo d'intervento per la stessa finalità.

Le prestazioni assistenziali alla persona sono:

- segretariato sociale
- orientamento scolastico e professionale finalizzato all'integrazione lavorativa del giovane con disabilità
- attività di supporto e consulenza socio-psicologica alla famiglia e alla persona con disabilità.

3.7 Prestazioni e attività associative

Le prestazioni e le attività associative sono iniziative di carattere socio-sanitario rivolte agli assistiti con disabilità e alle loro famiglie.

Le iniziative possono essere:

- attività formative, deliberate dal Consiglio di Amministrazione che ne stabilisce le modalità di partecipazione;
- collaborazione, limitatamente agli aspetti di carattere sanitario, ai soggiorni organizzati da Arca in favore dei disabili non autosufficienti, per favorire socializzazione, stili di vita attiva e autonomia.

3.8 Prestazioni erogative

Il rimborso delle prestazioni erogative è esclusivamente in forma indiretta; il Socio deve inviare richiesta di rimborso nel rispetto dei termini e delle modalità indicati in questo Piano sanitario.

I limiti di rimborso indicati per le singole prestazioni che seguono si intendono comprensivi di IVA ad aliquota agevolata, se prevista.

3.8.1 Prestazioni sanitarie

Se richieste dal medico curante o dallo specialista e strettamente connesse con la situazione di disabilità dell'assistito, per le prestazioni sanitarie previste dal Nomenclatore tariffario, Fisce rimborsa il 50% della spesa sostenuta o, se più favorevole, il 100% della tariffa di riferimento prevista dal Nomenclatore stesso con applicazione dei tetti massimi di rimborso ivi previsti, salvo quanto precisato di seguito.

Per le prestazioni senza tetto massimo di rimborso (annuale, mensile, ecc.) né nel Nomenclatore tariffario né nell'elenco che segue in questo articolo, in ogni caso l'importo del rimborso del 50% della spesa sostenuta non può superare 1,5 volte il valore della tariffa di riferimento del Nomenclatore tariffario.

- **Fisiochinesiterapia:** (Gruppo Q del Nomenclatore tariffario) tetto di rimborso massimo mensile 500 € cui concorrono anche eventuali rimborsi di Fisce per le prestazioni di fisiochinesiterapia non connesse con la situazione di disabilità dell'assistito. Per il rimborso i documenti fiscali di spesa devono essere presentati entro la scadenza prevista da art. 6.9.
- **Prestazioni odontoiatriche:** (Gruppo R del Nomenclatore tariffario) tetto di rimborso massimo annuale 5.000 € (non cumulativo con tetto per nucleo familiare) cui concorrono anche eventuali rimborsi di Fisce per le prestazioni odontoiatriche non connesse con la situazione di disabilità dell'assistito.
- **Ticket analisi cliniche:** (Gruppo U del Nomenclatore tariffario) non si applica la franchigia prevista.
- **Spese per farmaci:** rimborso del 50% della spesa sostenuta, con tetto massimo annuale 250 €. Non sono rimborsabili integratori, dispositivi medici e rimedi omeopatici comunque denominati. È necessario allegare alla richiesta la scheda rimborso spese farmaceutiche disponibile sul sito Fisce.
- **Consulenza individuale, psicoterapia individuale e seduta psicologica di sostegno:** (Gruppo Y del Nomenclatore tariffario) tetto di rimborso massimo annuale 2.500 € cui concorrono anche eventuali rimborsi di Fisce per le stesse prestazioni non connesse con la situazione di disabilità dell'assistito.
- **Psicologia dell'educazione, della prevenzione, dell'abilitazione e della riabilitazione:** (educazione e rieducazione funzionale di specifici processi e abilità psichiche, abilità funzionali, riabilitazione del comportamento, neuropsicologia anche con ausilio strumentale, riabilitazione degli esiti psicologici delle patologie somatiche – Gruppo Y del Nomenclatore tariffario) tetto di rimborso massimo annuale 5.000 € cui concorrono anche eventuali rimborsi di Fisce per le stesse prestazioni non connesse con la situazione di disabilità dell'assistito.

Il Consiglio di Amministrazione si riserva di esaminare i casi in cui la spesa sostenuta sia superiore a 10.000 €.

- **Analisi cliniche:** non effettuate nell'ambito di ricovero, sono rimborsate esclusivamente al 50% della spesa sostenuta
- **Assistenza infermieristica:** è rimborsabile al 50% della spesa sostenuta anche se non riconducibile a evento morboso acuto, entro il tetto massimo di rimborso mensile di 350 €.

Documentazione per la richiesta di rimborso per le prestazioni di cui sopra

- documentazione fiscale di spesa
- richiesta del medico curante o dello specialista con attestazione che la prestazione è strettamente connessa con lo stato di disabilità
- eventuale documentazione che attesta la richiesta di intervento delle strutture pubbliche e relativo esito
- per le prestazioni di natura psicologica di cui al Gruppo Y è possibile produrre:
 - relazione clinica con prescrizione a cura del medico specialista di riferimento
 - relazione di presa in carico clinico e tipologia di prestazioni somministrate a cura dello psicologo.

3.8.2 Rimozione di barriere architettoniche

Su delibera del Consiglio di Amministrazione, Fide rimborsa il 30% della spesa sostenuta, per la parte non rimborsata dalle strutture pubbliche, con un tetto massimo assoluto di rimborso di 5.000 € anche come somma di più interventi nel corso degli anni. Il rimborso è riconosciuto esclusivamente per l'abitazione di effettiva dimora abituale.

Documentazione per la richiesta di rimborso

- documentazione fiscale di spesa
- copia del relativo bonifico bancario o postale (ai fini del rimborso non sono ammesse altre modalità)
- documentazione che attesta la richiesta di intervento delle strutture pubbliche e relativo esito
- documentazione tecnica (progetto firmato da professionista abilitato)
- documentazione fotografica antecedente e successiva alla rimozione delle barriere.

3.8.3 Acquisto di accessori auto di ausilio alla guida

Su delibera del Consiglio di Amministrazione, Fide rimborsa, per la parte non rimborsata dalle strutture pubbliche, il 50% della differenza del prezzo di listino tra le auto con accessori e auto senza accessori e dell'eventuale installazione, sostituzione (per usura) e manutenzione di specifici accessori, con tetto massimo di rimborso ogni sette anni di 2.500 €.

Documentazione per la richiesta di rimborso

- documentazione fiscale di spesa

- documentazione che attesta la richiesta di intervento delle strutture pubbliche e relativo esito
- patente di guida e libretto di circolazione.

3.8.4 Interventi di natura socio-pedagogica e socioassistenziale

Gli interventi di natura socio-pedagogica e socioassistenziale sono rimborsabili solo per titolari di indennità di accompagnamento se richiesti dallo specialista.

Il rimborso è pari al 50% della spesa sostenuta con tetto massimo di rimborso annuale di 5.000 €.

Il Consiglio di Amministrazione si riserva di esaminare i casi in cui la spesa sostenuta sia superiore a 10.000€.

Documentazione per la richiesta di rimborso

- documentazione fiscale di spesa
- relazione dello specialista in merito alle finalità dell'intervento
- documentazione che attesta il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento.

3.8.5 Interventi in favore della famiglia

Per consulenza, formazione e psicoterapia alla famiglia richieste dallo specialista il rimborso è pari all'80% della spesa sostenuta con tetto massimo di rimborso annuale di 2.500 € cui concorrono i rimborsi di Fide percepiti dal Socio e dai familiari per le stesse prestazioni, non connesse con la situazione di disabilità dell'assistito.

Documentazione per la richiesta di rimborso

- documentazione fiscale di spesa
- relazione dello specialista sulle finalità dell'intervento.

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

Per assistiti fino a 26 anni compiuti Fide rimborsa l'80% della spesa, con tetto massimo di rimborso annuale di 1.500 €.

3.8.7 Acquisto di accessori e ausili informatici (hardware) specifici per la situazione di disabilità

Su delibera del Consiglio di Amministrazione, per assistiti fino ai 26 anni compiuti, esclusivamente a fini didattici e formativi Fisde rimborsa l'80% della spesa, con tetto massimo assoluto di rimborso di 300 €.

3.8.8 Acquisto di software informatici specifici per la situazione di disabilità

Su delibera del Consiglio di Amministrazione, per assistiti fino a 26 anni compiuti, esclusivamente a fini didattici e formativi Fisde rimborsa l'80% della spesa con tetto massimo di rimborso biennale di 150 €.

Documentazione per la richiesta di rimborso - articoli 3.8.6, 3.8.7 e 3.8.8

- documentazione fiscale di spesa
- prescrizione specialistica.

3.8.9 Assistenza domiciliare e case di riposo

Il rimborso dell'assistenza domiciliare e delle rette per case di riposo riguarda i titolari di indennità di accompagnamento, per la parte non rimborsata dalle strutture pubbliche.

Su delibera del Consiglio di Amministrazione, Fisde rimborsa l'80% della spesa sostenuta, con tetto massimo di rimborso mensile di 350 € per assistenza domiciliare e di 310 € per ricovero in casa di riposo.

Documentazione per la richiesta di rimborso

- documentazione fiscale di spesa
- buste paga e copia dei bollettini dei versamenti previdenziali effettuati all'INPS
- copia integrale del contratto di lavoro e copia integrale della denuncia del rapporto di lavoro registrata all'INPS o copia del contratto di servizio nel caso di società di servizi
- documentazione che attesta la richiesta di intervento delle strutture pubbliche e relativo esito
- documentazione che attesta il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento.

Il rimborso per assistenza domiciliare e case di riposo è incompatibile con l'indennità Fisde per la non autosufficienza. Il Socio deve restituire a Fisde gli eventuali rimborsi già ricevuti per giustificativi di spesa emessi nello stesso periodo in cui riceve l'indennità Fisde per la non autosufficienza.

3.8.10 Agevolazioni per le attività di socializzazione

Per favorire autonomia, capacità di socializzazione e stili di vita attiva, Fisce agevola la partecipazione di giovani con disabilità di grado non elevato a soggiorni ARCA rivolti ai giovani. In tale ottica, rimborsa la quota di partecipazione di un eventuale accompagnatore (esclusi i familiari). Nel caso di accompagnamento fornito da operatore professionale, è previsto il rimborso delle spese sostenute e fatturate, fino a un massimo di 75 € al giorno.

3.8.11 Altre prestazioni

In via eccezionale, per prestazioni non previste nei precedenti articoli, il Consiglio di Amministrazione può esaminare la richiesta di rimborso corredata da documentazione fiscale, sanitaria, reddituale, ecc. e deliberarne l'erogazione.

4 Le prestazioni per le persone in situazione di emergenza sociale

4.1 Le prestazioni

Fisde eroga al Socio, per sé o per l'avente diritto, il rimborso delle spese relative a programmi di riabilitazione per il superamento di situazioni derivanti dalle seguenti forme di patologia o di disadattamento sociale:

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

Previa valutazione del consulente di Fisde, il Consiglio di Amministrazione delibera il rimborso dei costi del piano di riabilitazione nella misura massima dell'80% della spesa, per due anni.

Il rimborso massimo annuale non potrà essere superiore a 5.000 €, con tetto di 2.500 € per singola terapia. Per la medesima terapia, eventuali rimborsi Fisde che il Socio riceve anche al di fuori del programma di riabilitazione concorrono a raggiungere il tetto di 2500 €.

Fisde eroga il rimborso solo in forma indiretta, entro i limiti deliberati dal Consiglio di Amministrazione.

4.2 Beneficiari

Possono fruire delle prestazioni per le persone in situazione di emergenza sociale i Soci ordinari, straordinari e aggregati e i loro familiari fiscalmente a carico che presentano le forme di patologia o di disadattamento sociale individuate all'articolo 4.1.

4.3 Piano di riabilitazione

Per accedere al rimborso Fisde il Socio deve presentare lo specifico piano di riabilitazione per sé o per l'avente diritto, predisposto da specialisti nella branca corrispondente alla patologia dell'assistito, con indicazione delle prestazioni necessarie e della scansione temporale dei costi presunti.

4.4 Documentazione per la richiesta di rimborso

Con modalità e termini previsti da questo Piano sanitario, per la richiesta di rimborso il Socio deve inviare:

- domanda di accesso alle prestazioni previste dall'articolo 4.1 (modulo Fisce)
- piano di riabilitazione di cui all'articolo 4.3
- documentazione fiscale di spesa per le prestazioni previste dal piano di riabilitazione
- se il piano di riabilitazione riguarda il familiare a carico, dichiarazione di responsabilità che attesta che il familiare è a carico del Socio.

4.5 Perdita della condizione di familiare fiscalmente a carico dell'assistito

L'assistito in situazione di emergenza sociale che perde la condizione di familiare a carico in relazione alla percezione di erogazioni aventi carattere sostanzialmente assistenziale effettuate da terzi ma complementari a interventi promossi da Fisce, per tutto il tempo di percezione delle suddette erogazioni, ha diritto alle sole prestazioni per le emergenze sociali previste da questo Piano sanitario. Eventuali diverse prestazioni sono recuperate da Fisce.

5 Piano di prevenzione

5.1 Beneficiari

Possono beneficiare delle prestazioni del Piano di prevenzione tutti gli assistiti (Soci ordinari, Soci aggregati, Soci straordinari, familiari a carico dei Soci ordinari e dei Soci aggregati) per genere e per fasce di età indicate.

5.2 Le prestazioni

Per ciascuna tipologia di prevenzione sono previste prestazioni rimborsabili separatamente, con frequenza annuale: visite specialistiche di prevenzione e/o accertamenti diagnostici di prevenzione.

Le visite specialistiche di prevenzione non concorrono al computo del limite annuo di dieci visite specialistiche per assistito.

Gli accertamenti diagnostici di prevenzione sono rimborsabili senza prescrizione.

Le tariffe di riferimento per il rimborso delle prestazioni sono indicate nel Nomenclatore tariffario.

5.2.1 Prevenzione cardiovascolare, a partire dai 40 anni

Prestazioni:

- visita cardiologica + ecg
- ecocardiogramma M Mode 2D doppler, con eventuali prove farmacologiche
- ecocardiogramma M Mode 2D colordoppler, con eventuali prove farmacologiche
- ecodoppler tronchi sovraortici
- ecocolordoppler tronchi sovraortici

5.2.2 Prevenzione dermatologica

Prestazione: visita dermatologica + mappa nevica/epiluminescenza/videodermatoscopia

5.2.3 Prevenzione ginecologica, a partire dai 20 anni

Prestazioni:

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

5.2.4 Prevenzione senologica

Prestazioni:

- ecografia mammaria bilaterale, a partire dai 21 anni
- mammografia bilaterale, a partire dai 40 anni

5.2.5 Prevenzione urologica

Prestazione: visita urologica

Documentazione per la richiesta di rimborso: documentazione fiscale di spesa che descrive il dettaglio della prestazione o delle prestazioni eseguite.

6 Richiesta di rimborso

6.1 La richiesta di rimborso

La richiesta di rimborso in forma indiretta e in forma diretta deve essere firmata dal Socio e dall'eventuale avente diritto (se maggiorenne) e deve essere completa della documentazione che segue.

6.2 Documentazione di spesa

Copia della documentazione fiscale di spesa da cui risulta il dettaglio delle prestazioni sanitarie fruitive e delle tariffe applicate.

La documentazione fiscale di spesa deve essere corredata di dichiarazione del Socio che i documenti fiscali di spesa inviati sono identici agli originali in suo possesso. Per le prestazioni in forma diretta, è la struttura convenzionata che trasmette a Fide copia conforme della documentazione fiscale di spesa, consegnandone l'originale al Socio.

Il Socio è obbligato a conservare ed esibire, a richiesta di Fide, la documentazione fiscale di spesa in originale fino al 31 dicembre del quinto anno successivo a quello di fruizione del rimborso in forma diretta o in forma indiretta.

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 (es.: bonifico, bancomat ecc.). 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, ai sensi dell'articolo 8.2.

Ai fini indicati, 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.

6.3 Documentazione sanitaria e altra documentazione

- Se prevista da questo Piano sanitario, prescrizione della prestazione sanitaria completa di timbro e firma del medico. In assenza di prescrizione, il Socio può produrre attestazione della prestazione sanitaria fruita, con timbro e firma del sanitario, rilasciata in data non posteriore al documento fiscale di spesa.
- Altra documentazione sanitaria (es.: cartella sanitaria, accertamenti diagnostici di supporto, ecc.) espressamente prevista da questo Piano sanitario e dal Nomenclatore tariffario.

- Modulo Fisce e ulteriore documentazione se previsti dalle singole prestazioni di questo Piano sanitario.

La documentazione prevista da questo articolo dovrà essere conservata ed esibita in originale a richiesta di Fisce fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello di fruizione del rimborso in forma diretta o in forma indiretta.

6.4 Impegni e dichiarazioni di responsabilità

- Dichiarazione di responsabilità del Socio che attesta l'impossibilità di avvalersi del SSN/SSR per l'esigenza di fruire tempestivamente delle prestazioni sanitarie prescritte.
- Dichiarazione di responsabilità del Socio o dell'avente diritto di non aver diritto ad alcun risarcimento, anche per responsabilità di terzi, rimborso o indennizzo a qualsiasi titolo da parte di altre organizzazioni per le stesse prestazioni sanitarie per le quali chiede rimborso a Fisce.
- In caso di diritto a rimborsi, risarcimenti o indennizzi a qualsiasi titolo anche da altra organizzazione (polizza privata, polizza aziendale, ecc.) oltre a Fisce, dichiarazione del Socio o avente diritto che s'impegna formalmente a restituire a Fisce l'eventuale somma eccedente la spesa effettivamente sostenuta in forma diretta o indiretta, fino a concorrenza del rimborso erogato da Fisce.
- In caso di diritto a rimborso dalla Regione per prestazioni fruite in forma diretta o indiretta, dichiarazione del Socio o avente diritto che s'impegna formalmente a restituire a Fisce l'eventuale somma eccedente la spesa effettivamente sostenuta in forma diretta o indiretta, fino a concorrenza del rimborso erogato da Fisce e documentazione dell'importo liquidato dalla Regione con modulo compilato presso la propria ASL.
- In difetto di quanto previsto al punto precedente, dichiarazione di responsabilità del Socio o avente diritto di non potere ottenere il rimborso dalla Regione, in quanto la prestazione sanitaria non è rimborsata dalla Regione stessa o in quanto la ASL non ha concesso l'autorizzazione a fruire delle prestazioni presso una struttura sanitaria non convenzionata con il SSN/SSR.
- Dichiarazione di responsabilità del Socio di avere diritto alle deduzioni/detractions IRPEF per il familiare cui si riferisce la richiesta di rimborso e impegno del Socio a presentare successiva documentazione fiscale da cui risulta che il familiare era a carico, come previsto dagli articoli 8.4.1 e 8.4.2.
- Impegno del Socio o avente diritto a sottoporsi ai controlli amministrativi e sanitari previsti dall'articolo 8.2 di questo Piano sanitario.

6.5 Consenso al trattamento dei dati personali

Il Socio deve prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016, come da Informativa privacy Fisce pubblicata su Fisdeweb.

6.6 Traduzione per prestazioni all'estero

La documentazione di prestazioni fruite all'estero dovrà essere accompagnata da traduzione in italiano.

6.7 Documentazione aggiuntiva e/o visita medica richieste da Fide

Fide si riserva di chiedere al Socio quanto previsto dall'articolo 8.2 di questo Piano sanitario per eventuali controlli amministrativi e sanitari.

La mancata collaborazione da parte del Socio non consentirà a Fide di procedere e la richiesta di rimborso sarà rigettata.

6.8 Invio su Fisdeweb

La richiesta di rimborso delle prestazioni in forma indiretta deve essere inviata attraverso Fisdeweb completa della documentazione (di qualsiasi natura) prevista da questo Piano sanitario e dal Nomenclatore tariffario.

Richieste di rimborso e documentazione a supporto presentate con altre modalità non saranno prese in considerazione da Fide né restituite.

6.9 Termini per l'invio della richiesta di rimborso in forma indiretta

Il termine ultimo per l'invio della richiesta di rimborso completa della documentazione a supporto se prevista è fissato, a pena di decadenza, nel sessantesimo giorno successivo a quello della data del documento fiscale di spesa.

Se il documento fiscale di spesa è emesso nel mese di dicembre, il termine ultimo per l'invio della richiesta di rimborso è fissato, a pena di decadenza, al 31 gennaio dell'anno successivo.

I termini indicati si applicano anche alle richieste di rimborso delle prestazioni fruite dal coniuge non a carico o dal convivente more uxorio previste da questo Piano sanitario all'art. 1.2.

Sono fatte salve specifiche diverse previsioni di questo Piano sanitario.

Ai fini del rispetto del termine fissato per l'invio della richiesta di rimborso, fa fede la ricevuta di invio generata da Fisdeweb.

6.10 Sospensione per integrazione della richiesta di rimborso incompleta

Fide non eroga il rimborso se:

- la richiesta è priva della firma del Socio e dell'avente diritto (se diverso dal Socio)
- il documento fiscale di spesa è privo della marca da bollo, se prevista o recante marca da bollo per qualsiasi ragione non regolare
- la richiesta è anche solo parzialmente mancante di quanto previsto da questo Piano sanitario e dal Nomenclatore tariffario.

In tali casi, Fisce sospende la richiesta di rimborso per trenta giorni e lo comunica al Socio con la pubblicazione della sospensione nell'area riservata Fisdeweb, mediante l'aggiornamento dello stato della pratica (sospesa) e l'indicazione delle carenze e della data di sospensione nella nota.

Il Socio deve completare la richiesta di rimborso entro il termine indicato, integrando la documentazione in via esclusiva attraverso Fisdeweb.

La documentazione trasmessa in altre modalità non sarà presa in considerazione né restituita.

Fisce respinge la richiesta di rimborso sospesa se il Socio non la completa entro il termine indicato.

Se il documento fiscale di spesa presenta una marca da bollo già presente in altro documento di spesa, Fisce respinge la richiesta di rimborso.

6.11 Esito della richiesta di rimborso

Fisce comunica al Socio l'esito della richiesta di rimborso pubblicandolo nell'area riservata su Fisdeweb (stato della pratica e note), come previsto all'articolo 1.6.

6.12 Norma transitoria per l'invio in forma cartacea

Con riferimento all'articolo 6.8, in via transitoria e fermi restando i termini previsti da questo Piano sanitario, fino al 31 dicembre 2026, i soli Soci straordinari cessati dal servizio prima del 1° gennaio 2021 possono ancora inviare richieste di rimborso e altre pratiche in forma cartacea, con raccomandata a.r. a Fisce - Via Nizza 152 00198 Roma.

In questo caso, ai fini del rispetto del termine fissato per l'invio della richiesta di rimborso, fa fede il timbro di consegna all'ufficio postale.

Rimane esclusa ogni diversa modalità di trasmissione di domande e pratiche.

6.13 Regole per accesso ai rimborsi in forma diretta

Per accedere alle prestazioni in forma diretta, attraverso le strutture e i professionisti sanitari convenzionati con Fisce a tal fine, il Socio o l'avente diritto deve:

- consegnare alla struttura sanitaria o al professionista sanitario la modulistica compilata e firmata necessaria per l'autorizzazione alle prestazioni e per la liquidazione che ne consegue da parte di Fisce
- se prevista, allegare prescrizione medica o attestazione della prestazione con timbro e firma del sanitario
- pagare in proprio alla struttura sanitaria l'eventuale eccedenza di spesa rispetto all'importo del rimborso in acconto (articolo 7.1.2)
- in caso di prestazioni odontoiatriche, alla fine delle cure, firmare la Scheda per cure odontoiatriche per confermare le cure fruite.

La struttura sanitaria convenzionata invia a Fisce la documentazione necessaria per il rimborso.

6.14 Anticipazioni

Per i casi di altissima chirurgia, se il Socio o avente diritto deve ricorrere a medici chirurghi, odontoiatri e a strutture sanitarie superspecializzate e di alta qualifica, non convenzionate con il SSN, può chiedere a Fisce eventuale anticipazione sulle spese da sostenere prima della richiesta di rimborso. Entro 15 giorni dalla richiesta, il Consiglio di Amministrazione di Fisce decide in merito alla concessione e all'entità dell'anticipazione, con giudizio insindacabile e previo parere sanitario.

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

Per chiedere l'anticipazione a Fisce il Socio deve inviare:

- documentazione prevista per la richiesta di rimborso dell'intervento chirurgico, di cui all'articolo 2.3.3, senza la documentazione fiscale della spesa sostenuta e la cartella clinica (trattandosi di anticipazione)
- preventivo di spesa redatto dal medico o dalla clinica.

Se il Socio o avente diritto non esegue più le prestazioni per le quali ha ottenuto l'anticipazione, ha l'obbligo di restituire la somma che Fisce ha anticipato entro 15 giorni o comunque non oltre il 90° giorno dalla data prevista per lo svolgimento delle prestazioni, che risulta dall'anticipazione concessa.

Sono anche ammesse anticipazioni per situazioni particolarmente gravose riguardanti le prestazioni per le persone con disabilità.

È esclusa ogni altra anticipazione delle spese sanitarie che l'assistito dovrà sostenere.

7 Liquidazione del rimborso

7.1 Rimborso delle prestazioni

Fisde eroga il rimborso delle prestazioni riconosciute come rimborsabili sulla base delle tariffe di riferimento esposte nel Nomenclatore tariffario e nel rispetto delle previsioni che seguono.

7.1.1 Prestazioni rimborsate in unica soluzione

Fisde rimborsa in unica soluzione al 100% della tariffa indicata dal Nomenclatore tariffario:

- 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.

Per il ricovero con o senza intervento chirurgico in forma diretta, se la fatturazione è eseguita con il sistema del pacchetto tariffario, la percentuale massima di rimborso è pari all'80% del pacchetto tariffario.

Per il ricovero in regime di intramoenia Fisde rimborsa il costo del DRG a carico del Socio nei limiti dei valori del Nomenclatore tariffario.

Per le prestazioni erogate in forma diretta, su delega del Socio o avente diritto espressa nella richiesta di autorizzazione, Fisde salda direttamente alle strutture sanitarie quanto anticipato dalle strutture stesse in favore dell'assistito, fino a concorrenza dell'importo del 100% della tariffa del Nomenclatore tariffario; l'eccedenza di spesa rispetto al predetto importo deve essere pagata dal Socio o dall'avente diritto direttamente alla struttura sanitaria convenzionata con Fisde.

Le prestazioni erogative per persone con disabilità e le prestazioni alle persone in situazione di emergenza sociale sono rimborsate in unica soluzione nel rispetto dei valori indicati da questo Piano sanitario.

7.1.2 Prestazioni rimborsate in due fasi

Fisde rimborsa in due fasi, una fase di acconto e una fase eventuale di saldo, le tipologie di prestazioni indicate nella tabella che segue. Le percentuali sottoindicate per acconto, saldo e massimo rimborso si calcolano sulle tariffe esposte dal 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%

Nel caso di prestazioni erogate in forma diretta, su delega del Socio o avente diritto, Fisde salda direttamente alle strutture sanitarie quanto anticipato dalle strutture stesse in favore dell'assistito fino a concorrenza dell'importo dell'acconto; l'eventuale eccedenza di spesa rispetto all'acconto deve essere pagata dal Socio o avente diritto direttamente alla struttura sanitaria convenzionata.

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. Resta ferma la possibilità per il Consiglio di Amministrazione di assumere, in alternativa, le altre determinazioni previste dall'art. 1.8.11.

I Soci che hanno fruito di rimborsi o di altre prestazioni di Fisde per familiari fiscalmente a carico riceveranno l'eventuale saldo dei rimborsi (per sé e per familiari a carico) soltanto dopo avere prodotto la documentazione idonea a comprovare la situazione di carico fiscale (articolo 8.4.2) o dopo avere integralmente restituito importi indebitamente percepiti (articolo 8.4.6).

8 Controlli e sanzioni

8.1 Premessa

Il Socio ha il dovere di attenersi a quanto previsto in questo Piano sanitario.

Tutte le prestazioni e i servizi erogati da Fide sono equiparati ai rimborsi anche agli effetti degli articoli 8.2, 8.3 e 8.4.

La riattivazione retroattiva dei servizi, ove prevista negli articoli successivi, riguarda solo le erogazioni dei rimborsi in denaro; tuttavia, è esclusa la riattivazione con effetto retroattivo dei servizi (copertura e indennità) previsti dal Regolamento Fide per la non autosufficienza.

8.2 Controlli amministrativi e sanitari

Prima e dopo l'autorizzazione alla prestazione in forma diretta e l'erogazione del rimborso sia in forma diretta sia indiretta, per accertare che la prestazione sanitaria a cui l'autorizzazione o il rimborso si riferiscono sia appropriata, corrisponda alle previsioni regolamentari, sia stata fruita effettivamente o per altri gravi motivi, Fide si riserva controlli amministrativi e sanitari.

A tale scopo, Fide può chiedere al Socio documentazione aggiuntiva di natura sanitaria e/o amministrativa e/o gli originali della documentazione allegata alla richiesta di rimborso e/o visita medica a cui l'assistito deve sottoporsi presso consulente medico chirurgo, odontoiatra incaricato da Fide o presso medico o struttura sanitaria del SSN/SSR.

Allo stesso scopo, Fide si riserva altresì di chiedere consulenze specialistiche di natura sanitaria e di altra natura sulla documentazione prodotta (es.: perizie calligrafiche per accertare l'autenticità di firme).

Il mancato invio di quanto richiesto da Fide o il mancato sottoporsi a visita medica da parte del Socio o dell'avente diritto entro il termine indicato nella richiesta costituisce mancata collaborazione da parte del Socio.

La mancata collaborazione da parte del Socio non consente a Fide di procedere e la richiesta di rimborso è rigettata o comporta la richiesta di restituzione del rimborso già ricevuto. In ogni caso, in presenza di elementi di qualunque natura che rendono ipotizzabili comportamenti fraudolenti (es.: documenti e/o firme visibilmente contraffatti) posti in essere in danno di Fide, Fide si riserva di intraprendere iniziative in sede giudiziaria.

8.3 Sanzioni

8.3.1 Documentazioni o dichiarazioni non veritiere

Il Socio che produce documentazioni o dichiarazioni non veritiere per ottenere servizi e rimborsi non dovuti, sia in forma diretta che indiretta, sarà oggetto di sanzioni decise dal Consiglio di Amministrazione di Fisce.

8.3.2 Sospensione da rimborsi e servizi

Fermo restando l'esercizio del diritto di rivalsa nei confronti del Socio per gli eventuali danni arrecati a Fisce con il suo comportamento, in funzione dell'entità della mancanza, il Consiglio di Amministrazione potrà disporre la sospensione del Socio dal diritto ai rimborsi e ai servizi Fisce per un periodo fino a 5 anni.

8.3.3 Perdita della qualifica di Socio

Nei casi di maggiore gravità, il Consiglio di Amministrazione di Fisce può deliberare la perdita della qualifica di Socio, in conformità con quanto previsto dallo Statuto.

8.3.4 Contestazione dell'addebito

La sospensione da rimborsi e servizi Fisce, la perdita della qualifica di Socio e l'esercizio del diritto di rivalsa possono essere deliberati dal Consiglio di Amministrazione di Fisce previa contestazione dell'addebito al Socio con il termine di 30 giorni per la produzione di controdeduzioni scritte.

8.4 Controllo annuale del carico fiscale per rimborsi e servizi ai familiari

8.4.1 La situazione di carico fiscale

Ogni anno, per attivare la copertura Fisce sui familiari fiscalmente a carico, il Socio comunica i familiari anche minorenni fiscalmente a proprio carico nell'anno in corso, attraverso Fisdeweb accessibile da www.fisce.it. La copertura resterà bloccata fino al completamento dell'adempimento.

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

Nell'anno successivo a quello di fruizione dei rimborsi, il Socio deve sottoporsi al controllo Fisce sulla situazione di carico fiscale dei familiari maggiorenni per i quali ha fruito di rimborsi.

Ai fini della presente normativa, tutte le altre prestazioni di Fisce sono equiparate ai rimborsi.

8.4.2 Documentazione fiscale

Entro il 31 ottobre di ogni anno, il Socio deve inviare il frontespizio della dichiarazione dei redditi, riferita ai redditi dell'anno precedente (modello 730 o modello Redditi persone fisiche), che comprova i familiari fiscalmente a carico per i quali ha fruito di rimborsi nel corso dell'anno precedente; a tale fine, Fisce accetta esclusivamente il frontespizio della dichiarazione dei redditi (modello 730 o modello Redditi persone fisiche) scaricata dal cassetto fiscale.

Se il Socio non è tenuto a presentare all'Agenzia delle Entrate la dichiarazione dei redditi per l'anno precedente, deve inviare autodichiarazione per trasmissione Certificazione Unica (modulo Fisce) insieme a frontespizio e annotazioni della Certificazione Unica.

Sulla documentazione fiscale da inviare a Fisce il Socio deve omettere i dati reddituali e quelli relativi ai familiari a carico per i quali non ha percepito rimborsi.

La documentazione fiscale deve essere inviata attraverso Fisdeweb accessibile da www.fisde.it.

8.4.3 Sospensione dai rimborsi dell'anno in corso

Il Socio che non produce la documentazione fiscale entro il termine indicato (articolo 8.4.2) o che ha presentato documentazione non comprovante la situazione di carico fiscale è sospeso automaticamente dai rimborsi di Fisce per sé e per i familiari a carico.

Fermo quanto precede, il Socio deve continuare a inviare le richieste di rimborso per prestazioni aventi giustificativo di spesa emesso fino al 31 dicembre dell'anno in corso, nel rispetto dei termini di invio della richiesta di rimborso.

Le richieste di rimborso non esitate per effetto della sospensione saranno eventualmente liquidate solo dopo che il Socio avrà inviato la documentazione fiscale prevista dall'articolo 8.4.2 comprovante la situazione di carico fiscale o avrà restituito gli importi indebitamente percepiti per il familiare risultato fiscalmente non a carico.

8.4.4 Blocco automatico delle richieste di rimborso dal 1° gennaio dell'anno successivo

Il Socio che entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello di fruizione dei rimborsi per familiari a carico non invia la documentazione fiscale prevista dall'articolo 8.4.2 che comprova la situazione di carico fiscale o non restituisce gli importi indebitamente percepiti per il familiare risultato non a carico non potrà inviare richieste di rimborso per prestazioni con giustificativo di spesa emesso dal 1° gennaio dell'anno successivo: le richieste di rimborso non potranno essere accettate da Fisce e il loro invio sarà comunque privo di effetto.

Per tutto il periodo in cui non ha titolo all'invio delle richieste di rimborso il Socio non può nemmeno fruire di ogni altra prestazione erogabile da Fisce.

Dopo avere inviato la documentazione che comprova la situazione di carico fiscale o avere restituito integralmente gli importi indebitamente percepiti per il familiare risultato non a carico, il Socio avrà titolo nuovamente a inviare richieste di rimborso per le prestazioni per le quali non è scaduto il termine previsto, tenuto conto della data del relativo giustificativo di spesa.

8.4.5 Comunicazione al Socio

Prima del 31 dicembre di ciascun anno, Fisce informa il Socio che non ha ancora inviato la documentazione fiscale dell'articolo 8.4.2 che comprova la situazione di carico fiscale o non ha restituito gli importi indebitamente percepiti per il familiare risultato non a carico per ricordargli che si applicheranno gli articoli 8.4.3 e 8.4.4.

8.4.6 Restituzione dell'importo indebitamente percepito

Il Socio deve restituire in unica soluzione l'importo indebitamente percepito per il familiare risultato non a carico; è esclusa ogni forma di compensazione.

Per importi superiori a 600 €, il Socio potrà chiedere una rateizzazione secondo i criteri seguenti:

- restituzione in rate mensili non inferiori a 300 € per importi da 601 € a 3.000 €
- restituzione in un massimo di 12 rate mensili per importi superiori a 3.000 €.

Il Socio riacquisisce il pieno diritto alle prestazioni solo dopo la restituzione integrale dell'importo indebitamente percepito per il familiare risultato non a carico.

8.4.7 Effetti sulla copertura Fisce per la non autosufficienza

Nel caso di mancata presentazione della documentazione di cui all'articolo 8.4.2 comprovante la situazione di carico fiscale o nel caso di mancata restituzione degli importi indebitamente

percepiti entro il 31 dicembre del secondo anno successivo a quello di fruizione dei rimborsi, il Socio decade in via definitiva dalla copertura prevista dal Regolamento per la non autosufficienza e dalla eventuale indennità di non autosufficienza in fase di erogazione, con effetto dal termine del 31 ottobre di cui al precedente articolo 8.4.2.

8.4.8 Recupero delle somme erogate

Scaduto il termine del 31 dicembre, previsto all'articolo 8.4.4, se il Socio non ha inviato la documentazione fiscale dell'articolo 8.4.2 che comprova la situazione di carico fiscale o se non ha restituito integralmente le somme indebitamente percepite per il familiare risultato non a carico, Fisce si riserva di procedere al recupero delle somme erogate (o del controvalore dei servizi fruiti).

8.4.9 Controlli sui rimborsi per familiari a carico minorenni

Non è necessario produrre la documentazione fiscale comprovante il carico fiscale se sono stati percepiti rimborsi solo per familiari fiscalmente a carico che non hanno compiuto i 18 anni di età.

Tuttavia, entro il termine di cinque anni di cui al precedente articolo 8.4.2, Fisce si riserva di effettuare controlli a campione e di chiedere al Socio documentazione che comprova la situazione di carico fiscale. Trascorsi 60 giorni dalla ricezione della richiesta, il Socio non potrà inviare richieste di rimborso per prestazioni il cui giustificativo di spesa sia stato emesso in data successiva se non ha prodotto la documentazione richiesta o ha prodotto documentazione non comprovante il carico fiscale o non ha restituito gli importi indebitamente percepiti per il familiare risultato non a carico.

Per tutto il periodo in cui non ha titolo a inviare richieste di rimborso il Socio non può nemmeno fruire di ogni altra prestazione erogabile da Fisce.

Dopo avere inviato la documentazione che comprova la situazione di carico fiscale o avere restituito integralmente gli importi indebitamente percepiti per il familiare risultato non a carico, il Socio avrà titolo nuovamente a inviare richieste di rimborso per le prestazioni per le quali non sia scaduto il termine previsto, tenuto conto della data del relativo giustificativo di spesa.

8.4.10 Obbligo di conservazione della documentazione fiscale

Fino al 31 dicembre del quinto anno successivo a quello di fruizione dei rimborsi e dei relativi eventuali saldi, il Socio ha l'obbligo di conservare l'originale della documentazione fiscale prodotta e di esibirlo a richiesta di Fisce. Tale obbligo di conservazione ed esibizione della documentazione fiscale riguarda anche il Socio che ha percepito rimborsi esclusivamente per familiari minorenni (art. 8.4.9).

9 Ricorsi

9.1 Informazione al Socio sull'esito della richiesta di rimborso

Fisde informa il Socio sull'esito della richiesta di rimborso attraverso la sua area riservata, su Fisdeweb, con l'aggiornamento dello stato della pratica (articolo 6.11): in caso di rigetto totale o parziale nella scheda della pratica sono indicate la data di riferimento e le motivazioni (Note).

9.2 Ricorso

Se il Socio ravvisa un'interpretazione non corretta di questo Piano sanitario che ha determinato il rigetto totale o parziale della sua richiesta di rimborso o di anticipazione, può ricorrere a Fisde entro 60 giorni dal rigetto totale o parziale, di cui è informato come da articolo 9.1, scrivendo a ricorsi@fisde.it

Non sarà esaminato e valutato da Fisde il ricorso del Socio che contesta il rigetto della richiesta di rimborso in caso di:

- mancata osservanza dei termini regolamentari per la presentazione delle domande di rimborso
- mancato rispetto della scadenza per l'integrazione di domande di rimborso sospese
- trasmissione della richiesta di rimborso con 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 da Fisde.

9.3 Esito del ricorso

Entro 60 giorni dalla data di ricezione del ricorso, Fisde ne comunica l'esito o la necessità di un supplemento di istruttoria. In caso di supplemento di istruttoria il termine per la comunicazione dell'esito decorre dalla data di ricezione dell'ultimo documento inviato.

10 Entrata in vigore

Questo Piano sanitario entra in vigore il 27 maggio 2026.

Allegato all'articolo 2.3.4

L'elenco delle prestazioni che segue completa l'articolo **2.3.4 Maggior rimborso per ricovero chirurgico notturno con referto esame istologico definitivo positivo per malignità**

Codice	Prestazione
194	Ricostruzione mammaria post mastectomia sottocutanea/semplice oncologica con introduzione di protesi.
312	Gastrectomia totale con linfadenectomia.
3004	Tumore profondo maligno cutaneo della testa/tronco/arti, documentato da referto istologico - intervento chirurgico per.
184	Linfadenectomia ascellare (come unico intervento).
185	Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate.
186	Mastectomia semplice totale con eventuali linfadenectomie.
191	Quadrantectomia senza linfadenectomie associate.
195	Rimozione ed eventuale sostituzione di protesi mammaria impiantata in precedente intervento chirurgico di mastectomia (come unico intervento).
9540	Quadrantectomia con asportazione linfonodo sentinella senza altre linfadenectomie associate.
9542	Rimozione di expander, inserito in precedente intervento chirurgico di mastectomia, e introduzione di protesi mammaria definitiva (come unico intervento).
280	Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale.
281	Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale.
286	Tumore maligno del collo, asportazione di.
289	Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia.
293	Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia.

347	Emicolectomia destra con linfadenectomie.
348	Emicolectomia sinistra con linfadenectomie ed eventuale colostomia (Hartmann ed altre).
9554	Linfadenectomia in corso di colectomia totale (preaortico-cavale).
9562	Resezione sigma-retto per patologia maligna.
395	Linfadenectomia inguinale o crurale monolaterale (come unico intervento).
396	Linfadenectomia inguinale o crurale bilaterale (come unico intervento).
397	Linfadenectomia laparotomica (come unico intervento).
400	Tumore maligno della parete addominale, asportazione di.
407	Laparotomia esplorativa quale intervento principale per neoplasie non resecabili o per stadiazione linfadenopatie.
414	Linfadenectomia laparoscopica (come unico intervento).
435	Incannulazione dell'arteria epatica per perfusione antiblastica.
448	Cefalo duodeno pancreasectomia compresa eventuale linfadenectomia.
449	Denervazioni pancreatiche, (come unico intervento).
455	Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia.
456	Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia).
461	Trapianto di pancreas (omnicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici).
488	Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale. In sala operatoria con anestesia locale, sedazione profonda o anestesia generale inclusa.
489	Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni senza svuotamento della loggia sottomascellare. In sala operatoria con anestesia locale, sedazione profonda o anestesia generale inclusa.
491	Lingua, pavimento orale, ghiandola sottomascellare, compresa eventuale linfadenectomia latero-cervicale, asportazione per tumori maligni di. In sala operatoria con anestesia locale, sedazione profonda o anestesia generale inclusa.

502	Neoplasie maligne del labbro/guancia con svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di. In sala operatoria con anestesia locale, sedazione profonda o anestesia generale inclusa.
503	Neoplasie maligne del labbro/guancia senza svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di. In sala operatoria con anestesia locale, sedazione profonda o anestesia generale inclusa.
504	Neoplasie maligne limitate del labbro o dei tessuti molli della cavità orale, asportazione di. In sala operatoria con anestesia locale, sedazione profonda o anestesia generale inclusa.
520	Asportazione tumore di Wilms.
537	Neuroblastoma addominale.
538	Neuroblastoma endotoracico.
539	Neuroblastoma pelvico.
631	Linfoadenectomia mediastinica (come unico intervento).
638	Neoplasie maligne coste e/o sterno (compresa eventuale linfoadenectomia e/o biopsia).
639	Neoplasie maligne della trachea (compresa plastica ed eventuale linfoadenectomia e/o biopsia).
640	Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino (compresa eventuale linfoadenectomia e/o biopsia).
737	Eviscerazione pelvica.
742	Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale per patologia neoplastica, con linfoadenectomia.
755	Linfoadenectomia biptica laparotomica (come unico intervento).
784	Tumori maligni vaginali con linfoadenectomia, intervento radicale per.
785	Tumori maligni vaginali senza linfoadenectomia, intervento radicale per.
789	Vulvectomy radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e pelvica, intervento di.
1157	Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi più cemento.
1277	Tumori maligni del naso o dei seni, asportazione di.

1290	Tumore maligno faringotonsillare, asportazione di.
1305	Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale.
1306	Laringectomia totale senza svuotamento laterocervicale.
1307	Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale monolaterale.
1308	Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale bilaterale.
1310	Laringofaringectomia totale.
1383	Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia).
1391	Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di.
1392	Nefroureterectomia radicale più trattamento trombo cavale (compresa surrenectomia)
1420	Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder.
1421	Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa.
1422	Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia.
1441	Linfadenectomia laparotomica (come unico intervento).
1442	Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomie, compresa eventuale legatura dei deferenti (qualsiasi accesso e tecnica, anche robotica).
1468	Emasculatio totale con linfadenectomia.
1480	Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale.
1486	Pene, amputazione totale con linfadenectomia.
8704	Quadrantectomia con ricerca ed asportazione del linfonodo sentinella e linfadenectomie associate (compresa prestazione del medico nucleare/radiologo).
8705	Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale oncologica con introduzione di protesi, compreso lembo muscolare più eventuale rimozione di espansore.
8709	Lipostruttura mammaria dopo chirurgia oncologica e/o radioterapia mono o bilaterale (trattamento completo).

8710	Ricostruzione del capezzolo (come fase dell'intervento principale per chirurgia oncologica).
8711	Espansione tissutale di esiti cicatriziali post intervento demolitivo oncologico per introduzione di protesi mammaria (Trattamento completo).
8712	Asimmetria mammaria post interventi demolitivi oncologici, correzione chirurgica di (qualsiasi tecnica).
8713	Rimozione ed eventuale sostituzione di protesi mammaria impiantata in precedente intervento chirurgico oncologico di mastectomia (come unico intervento).
8735	Tumore maligno del retto, con microchirurgia endoscopica trans-anale (TEM), asportazione di.
8736	Resezione retto-colica anteriore (anche ultra bassa) compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia.
8740	Retto, amputazione del, per neoplasia dell'ano, compresa eventuale linfadenectomia inguinale bilaterale.
8744	Omentectomia e/o peritonectomie (come fase dell'intervento principale).
8746	Peritonectomia con resezioni intestinali multiple e/o organi e chemioterapia perfusionale intraperitoneale.
8763	Citoriduzione tumore ovarico.
8765	Debulking con resezione blocco della pelvi, resezione anteriore, peritonectomia per K ovarico.
8798	Chemoembolizzazione transarteriosa epatica (TACE).
8813	Termoablazione o crioablazione di metastasi ossee.
851	Radiochirurgia stereotassica – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1239	Tumori dell'orecchio medio, asportazione di (compreso uso apparecchiatura). – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1346	Brushing citologico in cistoscopia (come unico intervento) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1465	Biopsia testicolare a cielo aperto come unico intervento), – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.

1466	Biopsia testicolare a cielo aperto (come unico intervento), bilaterale – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
168	Biopsia endomiocardica destra – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
169	Biopsia endomiocardica sinistra – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
187	Mastectomia sottocutanea (trattamento completo) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
9538	Asportazione linfonodo sentinella (come unico intervento) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
9539	Tumorectomia con asportazione linfonodo sentinella – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
279	Tiroidectomia totale, o totalizzazione di tiroidectomia, qualsiasi via di accesso, senza svuotamento laterocervicale – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
291	Esofago cervicale, resezione dell', con esofagostomia – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
292	Esofago, resezione parziale dell', con esofagostomia – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
300	Protesi endo - esofagee, collocazione di – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
311	Gastrectomia parziale (compresa eventuale linfadenectomia) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
314	Gastro-enterostomia – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
317	Resezione gastro duodenale – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
9548	Posizionamento di PEG – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
323	Amputazione addomino-perineale sec. Miles, trattamento completo – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.

333	Colectomia segmentaria con stomia enterocutanea – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
334	Colectomia segmentaria con ricanalizzazione – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
335	Colectomia totale con anastomosi ileo-rettale – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
336	Colectomia totale con anastomosi ileo-anale (qualsiasi tecnica) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
337	Colostomia con colorrafia (come unico intervento) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
339	Confezionamento di ano artificiale (come unico intervento) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
340	Confezionamento di ileostomia continente (come unico intervento) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
344	Digiunostomia (come unico intervento) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
346	Duodeno digiunostomia (come unico intervento) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
357	Enterostomia (come unico intervento) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
368	Procto-colectomia totale con pouch ileale – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
378	Tumore del retto, asportazione per via trans-ale di – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
379	Viscerolisi estesa come unico intervento – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
9553	Colectomia totale con ileostomia – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
9555	Emicolectomia destra semplice – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.

9556	Emicolectomia sinistra semplice – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
9558	Resezione ileale con canalizzazione – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
9559	Viscerolisi estesa in corso di altro intervento – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
9560	Laparotomia esplorativa incluse lisi di aderenze semplici, prelievi bioptici, lavaggio peritoneale – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
403	Laparoscopia esplorativa/diagnostica (comprese biopsie, lisi semplice di aderenze, lavaggio peritoneale) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
405	Laparotomia con resezione intestinale (comprese stomie) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
406	Laparotomia esplorativa e/o lisi aderenze (come unico intervento) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
415	Occlusione intestinale con resezione – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
416	Occlusione intestinale senza resezione – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
418	Tumore retroperitoneale, exeresi di – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
8962	Derivazione peritoneo venosa (valvola di Leveen) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
420	Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
426	Colecistogastrostomia o colecistoenterostomia – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
429	Coledoco-epatico digiunostomia con o senza colecistectomia – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
430	Coledoco-epatico duodenostomia con o senza colecistectomia – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.

432	Dearterializzazione epatica, con o senza chemioterapia – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
433	Deconnessione azygos-portale per via addominale – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
436	Papilla di Vater, exeresi – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
439	Resezioni epatiche maggiori – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
440	Resezioni epatiche minori – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
442	Trapianto di fegato (omnicomprensivo di servizi ed atti medici) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
444	Vie biliari, reinterventi – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
450	Derivazioni pancreatico-Wirsung digestive – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
454	Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
481	Ghiandola sottomascellare, asportazione per infiammazioni croniche, scialoliti o neoplasie. In sala operatoria con anestesia locale, sedazione profonda o anestesia generale inclusa – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
494	Mandibola, resezione parziale per neoplasia della, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale monolaterale. In sala operatoria con anestesia locale, sedazione profonda o anestesia generale inclusa – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
495	Mandibola, resezione parziale per neoplasia della, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale bilaterale. In sala operatoria con anestesia locale, sedazione profonda o anestesia generale inclusa – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
496	Mascellare superiore per neoplasie, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale monolaterale, resezione del. In sala operatoria con anestesia locale, sedazione profonda o anestesia generale inclusa – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.

497	Mascellare superiore per neoplasie, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale bilaterale, resezione del. In sala operatoria con anestesia locale, sedazione profonda o anestesia generale inclusa – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
500	Neoformazioni endossee di grandi dimensioni, exeresi di. In sala operatoria con anestesia locale, sedazione profonda o anestesia generale inclusa – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
501	Neoformazioni endossee di piccole dimensioni (osteomi, cementomi, odontomi, torus palatino e mandibolare), exeresi di. In sala operatoria con anestesia locale, sedazione profonda o anestesia generale inclusa – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
511	Parotidectomia totale. In sala operatoria con anestesia locale, sedazione profonda o anestesia generale inclusa – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
554	Teratoma sacrococcigeo – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
607	Bilobectomia, intervento di (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
612	Decorticazione pleuro polmonare, intervento di – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
641	Pleurectomie (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
642	Pleuropneumectomia (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
644	Pneumectomia, intervento di (compresa linfadenectomia e/o biopsia) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
649	Resezione bronchiale con reimpianto – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
651	Resezione segmentaria o lobectomia (comprese eventuali linfadenectomie) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
652	Resezioni segmentarie atipiche (comprese eventuali linfadenectomie) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.

653	Resezioni segmentarie tipiche (comprese eventuali linfadenectomie) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
664	Trapianto di polmone (omnicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
722	Annessi monolaterali, interventi demolitivi sugli – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
723	Annessi bilaterali, interventi demolitivi sugli – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
743	Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale senza linfadenectomia – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
744	Isterectomia totale semplice con annessiectomia mono/bilaterale per via laparotomica o per via vaginale, intervento di – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
773	Salpingectomia monolaterale – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
774	Salpingectomia bilaterale – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
787	Vulvectomy parziale – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
788	Vulvectomy parziale con linfadenectomia bilaterale diagnostica dei linfonodi inguinali superficiali, intervento di – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
791	Vulvectomy totale – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
803	Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
818	Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
819	Laminectomia per tumori intramidollari – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
823	Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.

824	Neoplasie endorachidee, asportazione di – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
825	Neoplasie, cordotomie, radicotomie e affezioni meningomidollari, intervento endorachideo – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
859	Tumore orbitale, asportazione per via endocranica – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
860	Tumori dei nervi periferici, asportazione di (escluse lesioni nervose traumatiche e non della mano e del piede) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
861	Tumori della base cranica, intervento per via transorale – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
862	Tumori orbitari, intervento per – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
983	Enucleazione o exenteratio – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
984	Enucleazione con innesto protesi mobile – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
985	Eviscerazione con impianto intraoculare – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1058	Amputazione grandi segmenti (trattamento completo) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1059	Amputazione medi segmenti (trattamento completo) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1101	Disarticolazione interscapolo toracica – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1102	Disarticolazioni, grandi – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1103	Disarticolazioni, medie – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1106	Emipelvectomia – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.

1107	Emipelvectomie "interne" con salvataggio dell'arto – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1123	Midollo osseo, espianto di – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1161	Tumori ossei e forme pseudo tumorali, grandi segmenti o articolazioni, asportazione di – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1162	Tumori ossei e forme pseudo tumorali, medi segmenti o articolazioni, asportazione di – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1163	Tumori ossei e forme pseudo tumorali, piccoli segmenti o articolazioni, asportazione di – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1164	Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
9576	Trapianto di midollo osseo (omnicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1218	Mastoidectomia radicale – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1222	Neoplasia del padiglione, exeresi di – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1223	Neoplasie del condotto, exeresi – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1230	Revisione di mastoidectomia radicale, intervento di – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1287	Neoplasie parafaringee – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1299	Cordectomia – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1300	Cordectomia con il laser – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1304	Laringectomia parziale – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1323	Colangiografia transepatica con drenaggio biliare percutaneo – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.

1324	Colangiografia transepatica con drenaggio biliare percutaneo e posizionamento di stent – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1327	Drenaggio biliare per via endoscopica, compresa prestazione del gastroenterologo – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1357	Elettrocoagulazione di piccoli tumori vescicali, per seduta – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1358	Formazioni ureterali, resezione endoscopica di – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1364	Neoplasia vescicale, resezione endoscopica di (TURB) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1365	Prostata, interventi con laser o metodiche interstiziali – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1381	Eminefrectomia – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1384	Nefrectomia polare – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1385	Nefrectomia semplice – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1395	Pielonefrolitotomia complessa (nefrotomia e/o bivalve), intervento di – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1397	Surrenectomia (trattamento completo) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1407	Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (monolaterale), intervento di – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1408	Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (bilaterale), intervento di – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1409	Uretero-ileo-anastomosi monolaterale (come unico intervento) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1410	Uretero-ileo-anastomosi bilaterale (come unico intervento) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1411	Ureteroileocutaneostomia non continente – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1412	Ureterolisi più omentoplastica – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.

1415	Ureterosigmoidostomia monolaterale – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1416	Ureterosigmoidostomia bilaterale – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
9588	Ureterectomia segmentaria – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1418	Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1419	Cistectomia parziale semplice – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1440	Termoablazione prostatica (HIFU ed altre metodiche) (per ciclo di cura annuale) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1460	Uretrectomia totale – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1463	Uretrostomia perineale – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1464	Applicazione di protesi testicolare (come unico intervento) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1469	Epididimectomia – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1481	Orchiectomia sottocapsulare bilaterale – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1482	Orchiepididimectomia monolaterale con eventuale protesi – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1483	Orchiepididimectomia bilaterale con eventuale protesi – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1485	Pene, amputazione parziale del – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1487	Pene, amputazione totale del – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
1492	Tumori del testicolo con eventuale linfadenectomia, interventi per – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
9589	Emasculatio – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.

8708	Linfonodo sentinella, asportazione di (compresa prestazione del medico radiologo/nucleare) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
8745	Tumore o fibrosi retroperitoneale (compresi ureterolisi e viscerolisi estesa), intervento chirurgico per (trattamento completo) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
8750	Termoablazione con radiofrequenza di tumori epatici, qualsiasi via di accesso – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
8751	Vie biliari, interventi palliativi – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
8773	Adesiolisi (come unico intervento) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
8774	Adesiolisi (come fase di intervento principale) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
8799	Chifoplastica o vertebroplastica – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
8805	Crioablazione percutanea di neoplasia renale TAC guidata – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
8814	Termoablazione o crioablazione di neoplasie primitive – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
8815	TIPS (shunt porto-sovraepatico) – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.
8816	Shunt peritoneo-giugulare, intervento o revisione di – con referto esame istologico definitivo, positivo per malignità.