fisde

Fondo integrativo sanitario per
i dipendenti del Gruppo Enel

guida alle prestazioni

aggiornamento 27 ottobre 2026

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

Normativa 5

Statuto 5

Piano sanitario e regolamento delle prestazioni 6

Nomenclatore tariffario 6

Soci 7

Socio ordinario 7

Socio aggregato 8

Coniuge non a carico o convivente more uxorio 8

Socio straordinario 9

Documenti per la domanda di iscrizione, caso per caso 10

Scadenza dell'iscrizione Fisde 12

Validità dell'iscrizione al termine dell'isopensione 12

Quota annuale del Socio straordinario 13

Scadenza di pagamento della quota annuale per il rinnovo dell'iscrizione 13

Assistenza sanitaria 15

Assistenza indiretta 15

Assistenza diretta 15

Rimborso delle prestazioni 16

Prestazioni 18

Ricoveri e interventi chirurgici 19

Maggior rimborso per ricovero chirurgico notturno con referto istologico definitivo positivo per malignità 21

Pacchetti per intervento chirurgico 21

Ricovero e assistenza parto naturale - codice 1186 22

Assistenza ostetrica - codice 3016 23

Anestesia peridurale/epidurale - codice 3017 23

Ricovero e assistenza parto con taglio cesareo - codice 1185 23

Aborto terapeutico - codice 1182 24

Ricoveri in intramoenia e DRG 25

Visite specialistiche 26

Accertamenti diagnostici ambulatoriali 29

Interventi chirurgici ambulatoriali 32

Fisiochinesiterapia 33

Psicoterapia 35

Terapie per sterilità/infertilità 36
Allergie e vaccini 37
Ticket SSN/SSR 37
Ticket per analisi cliniche 38
Presidi, protesi e apparecchi acustici 39
Odontoiatria 41
Scheda per cure odontoiatriche 42
Radiografie e fotografie 42
Certificato di conformità 43
Trattamento ortodontico 44
Fatture emesse prima delle cure per finanziamento 45
Assistenza infermieristica continuativa 46
Lenti e montature da vista 47
Second opinion 48
Anticipazioni altissima chirurgia 48
Prestazioni all'estero 49
Rimborsi da altri enti 49
Prevenzione 50
Piano di prevenzione 50
Prestazioni 50
Prestazioni per le persone con disabilità 53
Domanda di accesso 53
Prestazioni sanitarie 54
Prestazioni assistenziali 55
Prestazioni di emergenza sociale 59
Adempimenti e scadenze 60
Attivazione della copertura Fisde per i familiari a carico 60
La richiesta di rimborso 63
Scadenza per la richiesta di rimborso 64
Gli aspetti amministrativi 64
Sospensione e integrazione della pratica 65
Contestazioni 65
Documentazione fiscale 66
Obbligo di validare rimborsi e servizi per familiari a carico maggiorenni 66

Obbligo dei Soci straordinari per reversibilità 67

Agenzia delle Entrate 67

www.fisde.it e Fisdeweb 68

www.fisde.it 68

Area riservata Fisdeweb 70

Fisde sul tuo smartphone 72

La nuova App Fisde 72

Il canale Whatsapp di Fisde 72

Normativa

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

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

Statuto

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

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

Consulta lo **Statuto**

Piano sanitario e regolamento delle prestazioni

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

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

Fisde si riserva la facoltà di assimilare prestazioni non descritte a voci e tariffe descritte, previo il parere esperto dei medici consulenti del Fondo.

Consulta il **Piano sanitario**

Nomenclatore tariffario

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

Consulta il **Nomenclatore tariffario**

Soci

Statuto articolo 5

Socio ordinario

È il lavoratore dipendente di Enel S.p.A., delle Società controllate direttamente o indirettamente e delle altre Società convenzionate nell'ambito della gestione Enel (vedi sul sito: **Le aziende associate** alla **Gestione Enel**).

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

La copertura Fisde per i familiari a carico non è automatica: per attivarla vedi **Attivazione della copertura Fisde per i familiari a carico** (pag. **60**).

- Aggiungi un nuovo familiare a carico nel tuo profilo personale con la **Richiesta di inserimento nuovo familiare a carico** nell'Area riservata Fisdeweb, vedi pag. **60**.
- Verifica i dati e i familiari fiscalmente a carico nel tuo profilo personale in **Fisdeweb**.
- Attiva la copertura Fisde per i familiari fiscalmente a carico con la **dichiarazione annuale del carico fiscale** in Fisdeweb, vedi pag. **61**.
- Su **www.fisde.it** > **Moduli** > Variazione dati profilo Socio e Documentazione fiscale 31 ottobre trovi quanto necessario per gestire la tua posizione anagrafica e per i familiari fiscalmente a carico.
- Su **www.fisde.it** > **Area Soci** > Fisde per i familiari a carico puoi scaricare la **Guida familiari a carico** per tutti gli adempimenti successivi in caso di rimborsi per familiari a carico.

Il Socio ordinario può aderire volontariamente e a titolo oneroso alle iniziative introdotte in via sperimentale con gli articoli 2.bis e 2.ter del Piano sanitario, entro i termini previsti:

- Fisde premium
- Opzione coniuge.

Socio aggregato

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

- **Convenzione Edison**, vedi sul sito: **Le aziende associate** alla **Gestione Edison**
- **Convenzione Sel**, vedi sul sito: **Le aziende associate** alla **Gestione Sel**
- **Convenzione Fisde open**, vedi sul sito: **Le aziende associate** alla **Gestione Fisde open**

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

La copertura Fisde per i familiari a carico non è automatica: per attivarla vedi **Attivazione della copertura Fisde per i familiari a carico** (pag. 60).

- Aggiungi un nuovo familiare a carico nel tuo profilo personale con la **Richiesta di inserimento nuovo familiare a carico** nell'Area riservata Fisdeweb, vedi pag. 60.
- Verifica i dati e i familiari fiscalmente a carico nel tuo profilo personale in **Fisdeweb**.
- Attiva la copertura Fisde per i familiari fiscalmente a carico con la **dichiarazione annuale del carico fiscale** in Fisdeweb, vedi pag. 61.
- Su **www.fisde.it** > **Moduli** > Variazione dati profilo Socio e Documentazione fiscale 31 ottobre trovi quanto necessario per gestire la tua posizione anagrafica e per i familiari fiscalmente a carico.
- Su **www.fisde.it** > **Area Soci** > Fisde per i familiari a carico puoi scaricare la **Guida familiari a carico** per tutti gli adempimenti successivi in caso di rimborsi per familiari a carico.

Coniuge non a carico o convivente more uxorio

Solo per gravidanza, parto naturale e parto cesareo o aborto terapeutico, terapie per sterilità/infertilità e test genetici prenatali, il Socio ordinario o aggregato usufruisce di Fisde anche per il coniuge non a carico o il convivente more uxorio.

La copertura Fisde è annuale salvo nel caso in cui la data dichiarata e documentata del matrimonio o di inizio convivenza ricada nel corso dell'anno.

Resta ferma la scadenza per la richiesta di rimborso, vedi pag. 64.

Aggiungi il nuovo familiare nel tuo profilo personale con la **Richiesta di inserimento nuovo familiare** nell'Area riservata Fisdeweb, allegando il codice fiscale del familiare, inoltre:

- il certificato di matrimonio, per il coniuge
- il certificato di residenza o l'autocertificazione di convivenza, per il convivente more uxorio.

Socio straordinario

Per diventare Socio straordinario è necessario iscriversi a Fisde.

Possono iscriversi:

- **titolari di pensione** ex-dipendenti del gruppo Enel e di Società convenzionate con Fisde nell'ambito della gestione Enel (Soci ordinari fino al momento della cessazione del rapporto)
- **lavoratori in isopensione** (Enel, Terna e altre aziende per convenzione specifica)

Consulta la pagina Socio straordinario e leggi la **Guida Socio straordinario per l'iscrizione e il rinnovo**

- **coniugi superstiti e orfani equiparati del Socio ordinario o straordinario** titolari di pensione di reversibilità, a condizione che il reddito percepito non sia superiore a 3 volte il trattamento minimo di pensione INPS (esclusa la pensione di reversibilità o indiretta)

Consulta la pagina Socio straordinario e leggi la **Guida Socio straordinario per reversibilità**

I Soci aggregati non possono diventare Soci straordinari.

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

La copertura Fisde per i familiari a carico non è automatica: per attivarla vedi **Attivazione della copertura Fisde per i familiari a carico** (pag. 60).

Documenti per la domanda di iscrizione, caso per caso

- **Accedi direttamente a pensione, cessato il rapporto di lavoro:**
  1. modulo **Iscrizione Fisde Socio straordinario**
  2. copia prima pagina della comunicazione di liquidazione della pensione INPS (in via provvisoria, se non hai ancora la comunicazione puoi allegare copia della domanda di pensione all'INPS insieme alla ricevuta telematica)
  3. codice IBAN
  4. copia ricevuta di versamento della quota di iscrizione sul c/c postale n. 95885000 intestato a Fisde, Via Nizza 152, 00198 Roma.

- **Isopensionato:**
  1. modulo **Iscrizione Fisde Socio straordinario isopensione**

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

- **Il rapporto di lavoro è cessato per risoluzione consensuale anticipata, con quota Fisde a carico**
  1. modulo **Iscrizione Fisde Socio straordinario - risoluzione consensuale anticipata e quota Fisde a carico del Socio**
  2. copia verbale di risoluzione consensuale del rapporto di lavoro
  3. copia domanda di autorizzazione a prosecuzione volontaria dei versamenti contributivi
  4. copia autorizzazione INPS alla prosecuzione volontaria dei versamenti contributivi
  5. estratto contributivo aggiornato alla data della domanda d'iscrizione e certificato ecocert INPS
  6. codice IBAN
  7. copia ricevuta di versamento della quota di iscrizione sul c/c postale n. 95885000 intestato a Fisde, Via Nizza 152, 00198 Roma.

Per la domanda di iscrizione:

- verifica di possedere i requisiti sanciti dallo **Statuto** (articolo 5.2)
- scarica il **modulo di iscrizione** su **fisde.it** > **Moduli** > Iscrizione Socio straordinario
- inviala online
  1. scansiona il modulo compilato e firmato e gli allegati (file di dimensioni non superiori a 3 MB)
  2. accedi a **Fisdeweb** e seleziona **Spazio Posta**
  3. clicca su NUOVO DOCUMENTO seleziona per tipo di documento DOMANDA ISCRIZIONE SOCIO STRAORDINARIO
  4. attraverso **Modulo - Scegli** inserisci il modulo compilato e firmato
  5. attraverso **Documenti allegati** completa inserendo tutti gli allegati: per ogni allegato, attraverso **Documento allegato - Scegli** inserisci il file (puoi allegare fino a 5 file, ogni file deve avere un nome diverso)
  6. completa l'invio cliccando su INOLTRA IL MODULO

In caso di difficoltà, puoi inviare la domanda di iscrizione (raccomandata a.r.) a Fisde, Via Nizza 152, 00198 Roma.

- **Coniuge superstite o orfano equiparato (di Socio ordinario/straordinario) con diritto a pensione di reversibilità o indiretta**
  1. modulo **Iscrizione Fisde Socio straordinario per reversibilità**
  2. copia prima pagina della lettera di comunicazione di liquidazione della pensione o documento equipollente INPS (in via provvisoria, se non hai ancora la comunicazione puoi allegare copia della domanda di pensione all'INPS insieme alla ricevuta telematica)
  3. codice IBAN
  4. copia tessera sanitaria e di documento di riconoscimento in corso di validità
  5. copia certificato di decesso del congiunto
  6. copia documentazione fiscale attestante che il reddito percepito non sia superiore a 3 volte il trattamento minimo di pensione INPS, esclusa la pensione di reversibilità o indiretta
  7. copia ricevuta di versamento della quota di iscrizione sul c/c postale n. 95885000 intestato a Fisde, Via Nizza 152, 00198 Roma.

Per la domanda di iscrizione:

- verifica di possedere i requisiti sanciti dallo **Statuto** (articolo 5.2)
- scarica il **modulo di iscrizione** su **fisde.it** > **Moduli** > Iscrizione Socio straordinario
- invia la domanda di iscrizione completa, modulo compilato e firmato e allegati, a Fisde, Via Nizza 152, 00198 Roma (raccomandata a.r.).

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

Scadenza dell'iscrizione Fisde

Il Socio deve chiedere l'**iscrizione a Fisde entro i 6 mesi successivi al mese di cessazione del servizio** in azienda per isopensione, pensione o risoluzione consensuale anticipata, con continuità delle prestazioni.

- **Se il servizio in azienda termina in ottobre** la scadenza improrogabile per l'iscrizione è fissata al **30 aprile dell'anno successivo** ed entro il 30 aprile anche il pagamento della quota di rinnovo per l'anno in corso (a eccezione del Socio straordinario in isopensione, con quota a carico dell'azienda)
- **Se il servizio in azienda termina in novembre** la scadenza improrogabile per l'iscrizione è fissata al **31 maggio dell'anno successivo** ed entro il 31 maggio anche il pagamento della quota di rinnovo per l'anno in corso (a eccezione del Socio straordinario in isopensione, con quota a carico dell'azienda)

Il coniuge superstite o orfano ed equiparato (di Socio ordinario/straordinario) con diritto a pensione di reversibilità o indiretta deve chiedere l'**iscrizione a Fisde entro i 6 mesi successivi al mese di decesso del Socio**, con decorrenza delle prestazioni dal terzo mese successivo all'iscrizione.

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

Validità dell'iscrizione al termine dell'isopensione

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

- **inviare** a Fisde copia della **prima pagina della comunicazione INPS di liquidazione della pensione** (attraverso Spazio Posta, vedi pag. 11)

- **pagare la quota annuale** (in dodicesimi nel caso di passaggio in corso d'anno) sul c/c postale n. 95885000 intestato a Fisde, Via Nizza 152, 00198 Roma.

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

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

Consulta la pagina **Socio straordinario** e leggi la **Guida Socio straordinario per l'iscrizione e il rinnovo**.

Quota annuale del Socio straordinario

La quota annuale è 650€

Importi diversi nei casi:

- Socio straordinario con anzianità come Socio ordinario inferiore a 20 anni: quota 759€
- Socio straordinario per reversibilità (da Socio ordinario), se nello stesso nucleo familiare più soggetti hanno titolo all'iscrizione Fisde: 650€ il primo iscritto (100%), 325€ il secondo iscritto (50%), 162,50€ ciascuno dei successivi iscritti (25%); 162,50€ figli in età 0-20 anni a carico del coniuge superstite o di terzo se orfani di entrambi i genitori

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

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

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

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

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

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

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

Assistenza sanitaria

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

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

Assistenza indiretta

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

Assistenza diretta

Puoi sottoporti alla prestazione sanitaria di cui hai bisogno **presso una delle strutture convenzionate con Fisde**.

Fisde eroga il rimborso direttamente alla struttura sanitaria convenzionata.
L'eventuale **eccedenza tariffaria** è **a carico del Socio**, da pagare direttamente alla struttura che ha erogato la prestazione.

Puoi accedere in forma diretta a:

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

Per la prestazione in forma diretta:

- cerca la struttura in **Fisdeweb**, per centro convenzionato o **per prestazione**
- selezionata la prestazione e la struttura, si evidenzia anche l'eventuale **eccedenza: la differenza tra il costo della prestazione presso la struttura (listino convenzionato) e la tariffa Fisde del Nomenclatore tariffario**
- **se la prestazione è rimborsabile con la modalità dell'acconto e saldo** (articolo 7.1 del Piano Sanitario) **sarà a carico del Socio** il pagamento dell'**eccedenza indicata** e il pagamento dell'**eventuale saldo** (ulteriori variazioni potranno dipendere dallo specifico Piano sanitario e dalla disponibilità residua rispetto ai massimali previsti)
- contatta direttamente la struttura per prenotare
- compila e sottoscrivi la **Richiesta di autorizzazione per rimborso in forma diretta** che la struttura ti fornirà (o che puoi scaricare da **www.fisde.it** > **Moduli** > Assistenza diretta) e l'eventuale preventivo di spesa della struttura (solo per alcune prestazioni)
- riceverai notifiche e-mail con stato di avanzamento della richiesta di autorizzazione e con indicazione della quota a tuo carico (eventuale eccedenza + eventuale saldo).

Rimborso delle prestazioni

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

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

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

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

Per le stesse prestazioni, anche nella forma diretta la liquidazione è in due fasi, quindi il Socio dovrà pagare direttamente alla struttura convenzionata **l'eventuale eccedenza rispetto all'acconto** (vedi dettaglio nello specchietto a pag. 16).

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.

Prestazioni

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

Consulta il **Piano sanitario** per verificare se puoi beneficiarne e per il dettaglio di:

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

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

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

Ricoveri e interventi chirurgici

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

Rimborso:

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

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **fattura o ricevuta fiscale** con descrizione dettagliata della/e prestazione/i eseguita/e (fattura esclusa/esente IVA completa di bollo se l'importo è superiore a 77,47 €; fatture prive di bollo sono considerate incomplete e non rimborsabili)
- **cartella clinica**
- per alcuni codici di prestazione nel Nomenclatore tariffario è espressamente indicata **la documentazione integrativa necessaria** (foto cliniche pre-intervento con riferimento specifico al paziente, rilasciate o autenticate dallo specialista che certifica la diagnosi, referto istologico, certificazione medica, ecc.) e **gli eventuali limiti previsti** (numero massimo di sedute/trattamenti annui).

Calcolo del rimborso

- Il rimborso interessa anche servizi, materiali sanitari, protesi, medicinali, accertamenti diagnostici durante il ricovero e pre-ricovero, e ogni altro tipo di assistenza e servizio strettamente connessi al ricovero.
- In caso di parto cesareo (codice 1185), parto naturale (codice 1186) e aborto terapeutico (codice 1182) è previsto il rimborso di un importo a forfait, comprensivo di tutte le prestazioni definite e non liquidabili singolarmente (vedi i paragrafi dedicati ai codici 1185, 1186 e 1182 a seguire).
- Nel caso, nel corso della stessa seduta, siano eseguiti due interventi chirurgici, il secondo viene rimborsato al 50% del valore del tariffario.

  Se effettuato con assistenza Fisde in forma diretta, qualora per accordo con la struttura la fatturazione avvenga con il sistema del pacchetto tariffario, la percentuale massima di rimborso è pari all'80% del pacchetto tariffario.

- La prestazione viene individuata sulla base della diagnosi e della descrizione dell'intervento.

Il rimborso è calcolato in base ai servizi e alle prestazioni eseguiti durante il ricovero (a eccezione di parto e aborto terapeutico), in particolare:

- codice della prestazione per chirurgo/chirurghi e anestesista;
- degenza (vedi Nomenclatore tariffario Gruppo C - Rette di degenza in strutture sanitarie autorizzate) con tetto massimo annuo per ciascun assistito di 30.000 €. Non compatibile con parto cesareo (codice 1185), parto naturale (codice 1186) e aborto terapeutico (codice 1182) perché già compresa nel pacchetto;
- sala operatoria, percentuale di rimborso in base alle tariffe degli interventi chirurgici. Non compatibile con parto cesareo (codice 1185), parto naturale (codice 1186) e aborto terapeutico (codice 1182) perché già compresa nel pacchetto;
- presidi e protesi durante l'intervento chirurgico con rimborso pari al 60% della spesa con tetto massimo annuo di 5.000 €;
- materiali e dispositivi medici usati in sala operatoria e in reparto con rimborso pari al 70% della spesa e tetto massimo annuo di 3.000 €. Non compatibile con parto cesareo (codice 1185), parto naturale (codice 1186) e aborto terapeutico (codice 1182) perché già compresi nel pacchetto;
- medicinali usati in sala operatoria e in reparto con rimborso pari al 70% della spesa. Non compatibile con parto cesareo (codice 1185), parto naturale (codice 1186) e aborto terapeutico (codice 1182) perché già compresi;
- analisi cliniche in caso di ricovero con o senza intervento chirurgico sono rimborsabili anche se eseguite in forma privata per l'80% della spesa con tetto massimo annuo pari a 300 €;
- gli accertamenti diagnostici eseguiti ai fini di un ricovero, se seguiti entro 30 giorni dallo stesso, vengono riconosciuti e rimborsati nella stessa misura degli accertamenti diagnostici eseguiti durante un ricovero. A tal fine la richiesta di rimborso deve contenere documentazione riferita al ricovero;
- spese accessorie al ricovero (es. degenza, materiali e medicinali ecc.) non sono rimborsabili se l'intervento non rientra tra quelli previsti nel Nomenclatore tariffario.

Nota: tutte le prestazioni effettuate durante il ricovero per cui è previsto il rimborso in percentuale della spesa (es. medicinali, presidi, analisi cliniche, ecc.) sono liquidabili solo se in fattura è riportata la voce con il relativo specifico importo. Non è possibile procedere con il rimborso se in fattura è indicato un riferimento generico es. "esami eseguiti durante il ricovero".

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

Rimborso:

- maggior rimborso complessivo pari al 10% in caso di ricovero chirurgico notturno per patologie oncologiche confermate da esame istologico definitivo positivo per malignità
- il rimborso aggiuntivo si applica esclusivamente agli interventi chirurgici indicati nell'Allegato all'art. 2.3.4, in calce al Piano sanitario.

Calcolo del rimborso:

- la maggiorazione viene calcolata sulle tariffe previste dal Nomenclatore Tariffario, per tutte le prestazioni erogabili da Piano sanitario durante il ricovero chirurgico notturno, documentate dalla certificazione sanitaria e dai giustificativi di spesa.
- in unica soluzione fino al 100% della tariffa del Nomenclatore tariffario
- per Socio aggregato Fisde Open il tetto massimo di rimborso annuale, comprese le altre voci rimborsabili, è di 5.000 €

Documenti 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'art. 2.3.4, in calce al Piano sanitario
- referto istologico completo e definitivo che attesti la natura maligna della patologia oncologica.

Pacchetti per intervento chirurgico

- La tariffa dei pacchetti è omnicomprensiva delle voci specificate per ciascun codice in caso di prestazioni effettuate in regime di solvenza. In caso di prestazioni effettuate presso il SSN è previsto il rimborso solo del comfort alberghiero (codice 5).
- Le prestazioni comprese nei pacchetti non sono rimborsabili singolarmente.
- I pacchetti chirurgici non comprendono le proroghe di degenza (es. fisiochinesiterapia, terapia intensiva, complicanze). In tali casi la richiesta deve essere corredata da relazione medica dettagliata. Le prestazioni chirurgiche concomitanti ad altri interventi/procedure principali sono riconosciute secondo i codici del Nomenclatore, con tariffa ridotta del 50%.

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

Documentazione per la richiesta di rimborso

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

Ricovero e assistenza parto naturale - codice 1186

- **Pacchetto omnicomprensivo di prestazioni sanitarie non liquidabili singolarmente**
- include: equipe medica, assistenza neonatologica e assistenza ostetrica in sala parto e in reparto, retta di degenza, materiali e medicinali, sala parto/sala operatoria, assistenza pre e post parto durante il ricovero, tariffa massima rimborsabile 3.600 €
- il rimborso della prestazione è comprensivo anche di assistenza alla puerpera durante il ricovero, assistenza dell'ostetrica e assistenza neonatologica in sala parto.

Non sono rimborsabili:

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

Le altre voci rimborsabili:

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

Note:

- se il parto avviene privatamente la fattura deve riportare le diverse voci comprese nel pacchetto, es. fattura degenza, fattura sala parto, fattura equipe, fattura materiali, ecc.
- se il parto avviene in struttura pubblica o convenzionata con il SSN l'unica voce rimborsabile è quella dell'ostetrica (accompagnata da certificazione della struttura circa la presenza del professionista al momento del parto) e della degenza (comfort alberghiero in struttura pubblica o convenzionata).

Assistenza ostetrica - codice 3016

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

Anestesia peridurale/epidurale - codice 3017

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

Ricovero e assistenza parto con taglio cesareo - codice 1185

- **Pacchetto omnicomprensivo di prestazioni sanitarie non liquidabili singolarmente**
- include: equipe medica, eventuali miomectomie eseguite durante l'intervento, assistenza neonatologica e assistenza ostetrica in sala operatoria e in reparto, retta di degenza, materiali e medicinali, sala parto/sala operatoria, assistenza pre e post parto durante il ricovero
- tariffa massima rimborsabile 4.800 €
- il rimborso della prestazione è comprensivo di chirurgo/chirurghi, anestesista, assistenza alla puerpera durante il ricovero, assistenza dell'ostetrica e assistenza neonatologica in sala operatoria.

Non sono rimborsabili:

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

Le altre voci rimborsabili sono:

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

Note:

- se il parto avviene privatamente la fattura deve riportare le diverse voci comprese nel pacchetto, es. fattura degenza, fattura sala parto, fattura equipe, fattura materiali, ecc.
- se il parto avviene in struttura pubblica o convenzionata con il SSN l'unica voce rimborsabile è quella dell'ostetrica (accompagnata da certificazione della struttura circa la presenza del professionista al momento del parto) e della degenza (comfort alberghiero in struttura pubblica o convenzionata).

Aborto terapeutico - codice 1182

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

Non sono rimborsabili:

- non sono rimborsabili singolarmente le prestazioni comprese nel pacchetto.

Le altre voci rimborsabili:

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

Ricoveri in intramoenia e DRG

Il DRG è una modalità di fatturazione a pacchetto, adottata dal Servizio Sanitario Nazionale e spesso usata anche in regime di solvenza.

È previsto rimborso al 70% del **DRG fatturato** entro i limiti previsti dal Piano sanitario.

Eventuali altre voci in fattura, extra DRG, saranno rimborsate nei limiti del Nomenclatore tariffario.

Per il rimborso è necessario allegare la cartella clinica.

Visite specialistiche

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

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

Se il tipo di visita non è direttamente riconducibile al titolo di specializzazione occorre la verifica dell'equipollenza con la specializzazione acquisita così come da GU 11/08/2023 - Tabella di equipollenza. Fisde riconosce solo i titoli **equipollenti**, non quelli affini.

Le prestazioni effettuate in Italia da medico con specializzazione conseguita all'estero sono rimborsabili solo se la specializzazione è riconosciuta in Italia: per ottenere il riconoscimento del titolo di medico specialista conseguito in un Paese non comunitario da cittadini non comunitari, da cittadini comunitari, da cittadini della Confederazione Svizzera e da cittadini dell'Area SEE (Norvegia, Islanda, Liechtenstein) lo specialista interessato deve presentare domanda in bollo al Ministero della Salute.

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

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

Sono rimborsate **massimo 10 visite specialistiche all'anno per ciascun assistito**; sono escluse da tale limitazione:

- le visite ginecologiche effettuate durante la gravidanza (è necessario allegare il certificato di gravidanza a ogni richiesta di rimborso)
- le visite specialistiche effettuate in regime SSN/SSR (ticket)
- le visite specialistiche relative alla patologia per la quale si accede alle prestazioni previste per le persone con disabilità
- le visite specialistiche effettuate durante il ricovero
- le visite specialistiche di prevenzione, vedi il Piano di prevenzione.

Rimborso:

- in unica soluzione (come deliberato dal Consiglio di Amministrazione), per visita specialistica privata fino al 100% della tariffa del Nomenclatore tariffario,
- in unica soluzione per ticket (SSN/SSR) di visita specialistica, al 100% della spesa sostenuta (compresi ticket per pronto soccorso e guardia medica turistica)
- 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 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.

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **fattura o ricevuta fiscale** con descrizione dettagliata della prestazione eseguita o delle prestazioni eseguite (la fattura esclusa/esente IVA deve essere completa di bollo se di importo superiore a 77,47 €, fatture prive di bollo sono considerate incomplete e non rimborsabili); **ricevuta relativa al ticket** se la prestazione è resa nell'ambito del SSN.

Attenzione:

- Dalla fattura dello specialista **deve risultare il titolo di specializzazione coerente con la tipologia di visita**.
- Nella fattura emessa da strutture sanitarie e poliambulatori deve essere descritta la tipologia di visita.
- Per **visite psichiatriche ripetitive**, occorre che lo specialista attesti che non si tratta di prestazioni psicoterapeutiche.
- Nelle **visite oculistiche** sono comprese: la transilluminazione, l'esame del senso cromatico, l'esame del senso luminoso, la tonometria, l'orbitonometria e l'esame del fondo oculare. Diversamente, se tali accertamenti vengono eseguiti come prestazioni uniche, gli stessi possono essere rimborsati sulla base delle specifiche tariffe previste nel Nomenclatore tariffario.
- Le **visite dietologiche** eseguite privatamente o in regime di intramoenia sono rimborsabili se effettuate da medico specialista in scienze dell'alimentazione, scienze della nutrizione umana, specialista in endocrinologia, specialista in gastroenterologia, specialista in epatologia.

Se le visite dietologiche effettuate da biologo nutrizionista o dietista non sono rimborsabili.

- **Visita ortottica/valutazione ortottica**: se eseguita e fatturata da ortottista, in presenza di prescrizione medica si rimborsa come esame ortottico. Se eseguita e fatturata da medico oculista oftalmologo si rimborsa in funzione della prestazione descritta in fattura.
  La valutazione della funzionalità visiva (finalizzata all'accertamento di vizi ortottici: sferici/cilindrici) effettuata da ortottista non è rimborsabile.
- Le **visite senologiche** sono rimborsabili se eseguite da specialista in oncologia, ginecologia, chirurgia generale e radiologia.
- Nel caso di fattura unica per **visita + diagnostica**, presentare una sola richiesta, inserendola come **Visite specialistiche** e specificare nel campo annotazioni la prestazione diagnostica. È necessario allegare la prescrizione dell'accertamento completa di quesito diagnostico (diagnosi certa o presunta) o il referto da cui si evinca l'effettuazione dell'accertamento.
- Non sono rimborsabili visite finalizzate al rilascio di certificati legali o sportivi, visite non eseguite da medici specialisti (ortottico, podologo, fisioterapista, chinesiologo, osteopata, biologo nutrizionista, dietista, medico di medicina generale ecc.) e visione di esami, visite di medicina complementare e medicazioni.
- La richiesta di rimborso per le **visite specialistiche di prevenzione** deve essere riferita a fattura unica, comprensiva di visita specialistica e accertamento diagnostico ove previsto; deve essere presentata selezionando nel campo **prestazione richiesta** la voce **Visite specialistiche di prevenzione** entro 60 gg dalla data del giustificativo di spesa (o entro il 15 gennaio se il documento fiscale è stato emesso dal 16 novembre al 31 dicembre).

Accertamenti diagnostici ambulatoriali

Gli accertamenti diagnostici sono rimborsabili solo se accompagnati da prescrizione medica contenente il quesito diagnostico. Sono rimborsabili solo gli accertamenti diagnostici fruiti durante il ricovero e quelli specificatamente riconosciuti dal Nomenclatore tariffario anche se fruiti ambulatorialmente.

Le tariffe per gli esami radiologici e per gli accertamenti diagnostici di medicina nucleare si riferiscono a esami completi delle proiezioni e del numero di radiogrammi necessari per un esame esaustivo; comprendono l'onorario del radiologo o del medico nucleare e di eventuali altri specialisti intervenuti e includono mezzi di contrasto, materiali, medicinali e altro, salvo quanto espressamente previsto alle singole premesse specifiche di branca. L'eventuale assistenza anestesiologica necessaria per gli esami diagnostici invasivi è ricompresa nella tariffa prevista per il singolo esame, salvo quanto, eventualmente, indicato nello specifico codice del Nomenclatore tariffario.

Rimborso:

- in unica soluzione (come da deroga deliberata dal Consiglio di Amministrazione), per **accertamenti diagnostici privati**, fino al 100% della tariffa del Nomenclatore tariffario
  Per il rimborso è necessaria la prescrizione medica con data antecedente a quella della prestazione e con indicazione della diagnosi (certa o presunta). I termini generici ''controllo'', ''accertamenti'', ''screening'', ''prevenzione'', ecc. indicati nella prescrizione sono ammissibili soltanto se accompagnati da indicazione di patologia o condizione fisiologica.
  La prescrizione medica non è necessaria solo nei seguenti casi: se relativi al piano di prevenzione, se effettuati in caso di ricovero (con e senza intervento chirurgico), se riconducibili alla patologia per cui si accede alle prestazioni per le persone con disabilità. La prescrizione medica è valida per un anno dalla data di emissione, se non già utilizzata.
- in unica soluzione per **ticket SSN/SSR** di accertamenti diagnostici, al 100% della spesa sostenuta
- **analisi cliniche eseguite in forma privata in caso di**:
  - **ricovero con o senza intervento chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale e se propedeutiche a intervento chirurgico da effettuarsi nei trenta giorni successivi**
    rimborso in unica soluzione dell'80% della spesa, con tetto massimo annuo di 300 €
  - **gravidanza**
    rimborso in due fasi (acconto ed eventuale saldo) pari all'80% della spesa (è necessario allegare il certificato di gravidanza per ogni richiesta di rimborso e la prescrizione medica delle analisi da effettuare).

I test genetici sono rimborsabili in caso di gravidanza e/o interruzione di gravidanza per il socio e/o familiare a carico. Non sono rimborsabili ai fini o in occasione di procreazione medicalmente assistita.

- **solo per i Soci ordinari e aggregati e loro familiari a carico, nel periodo tra il 1° gennaio e il 31 dicembre 2026, con prescrizione medica**:
  - tetto annuo di rimborso per assistito 150 € e franchigia annuale per i primi 50 € della spesa sostenuta (franchigia comune a rimborso ticket per analisi cliniche);
  - rimborso in due fasi (acconto ed eventuale saldo);
  - per la richiesta di rimborso (da inviare per ogni documento di spesa entro la scadenza prevista) è necessaria la prescrizione medica completa di quesito diagnostico (diagnosi certa o presunta) e con il dettaglio delle analisi da effettuarsi; la prescrizione medica è valida per un anno dalla data di emissione se non già utilizzata.

- 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 Fisde erogherà il 100% dei rimborsi secondo i massimali e le limitazioni previsti dal presente Piano 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.

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **fattura o ricevuta fiscale** con descrizione dettagliata delle prestazioni o delle analisi eseguite (la fattura esclusa/esente IVA deve essere completa di bollo se di importo superiore a 77,47 €, le fatture prive di bollo sono considerate incomplete e non rimborsabili); **ricevuta relativa al ticket** se la prestazione è resa nell'ambito del SSN
- **prescrizione medica con data non successiva** al documento fiscale di riferimento, **se prevista come sopra indicato; la prescrizione medica è valida per un anno dalla data di emissione se non già utilizzata**.

Attenzione:

- La fattura deve essere completa di descrizione degli accertamenti eseguiti; se la tipologia non è rilevabile è richiesta certificazione descrittiva del medico o del centro diagnostico, oppure il referto.
- Nel caso di fattura unica per **visita + diagnostica**, presentare una sola richiesta, inserendola come **Visite specialistiche** e specificare nel campo annotazioni la prestazione diagnostica. Per il

rimborso dell'accertamento diagnostico contestuale alla visita **è obbligatorio** allegare alla richiesta di rimborso **il referto dell'accertamento effettuato.**

- Nel caso di fattura unica per **accertamenti diagnostici diversi** presentare una richiesta di rimborso per l'intero importo fatturato selezionando una delle prestazioni richieste e segnalando l'altra nel campo annotazioni.
- Non sono rimborsabili accertamenti diagnostici connessi al rilascio di certificati (per attività sportiva) o altre abilitazioni (patente, porto d'armi, ecc.)
- La restituzione della valutazione effettuata dal logopedista non è rimborsabile.
- Mammografia con tomosintesi: non può essere rimborsata come accertamento diagnostico di prevenzione ma come accertamento diagnostico con prescrizione obbligatoria; in mancanza di prescrizione si rimborsa la mammografia prevista fra gli accertamenti diagnostici di prevenzione.
- Per le seguenti tipologie, in caso di accertamenti diagnostici eseguiti nel corso della stessa seduta, le tariffe degli esami successivi al primo si liquidano al 50% (l'esame più oneroso al 100%):
  - Angiografia
  - Ecografia
  - Risonanza magnetica nucleare
  - Tomografia assiale computerizzata
  - Neurologia diagnostica
  - Oculistica diagnostica
  - Ostetricia - ginecologia diagnostica
  - Otorinolaringoiatria diagnostica
  - Vascolare diagnostica
  - Urologia diagnostica.
- La richiesta di rimborso per **accertamenti diagnostici di prevenzione** deve essere presentata selezionando nel campo **prestazione richiesta** la voce **Accertamenti diagnostici di prevenzione** entro 60 gg dalla data del giustificativo di spesa (o entro il 15 gennaio se il documento fiscale è stato emesso dal 16 novembre al 31 dicembre).

Interventi chirurgici ambulatoriali

Rimborso:

- per prestazione privata rimborso in unica soluzione fino al 100% della tariffa del Nomenclatore tariffario
- per ticket (SSN/SSR) il rimborso in unica soluzione è pari al 100% della spesa sostenuta
- per interventi chirurgici concomitanti e contemporanei (oltre il principale) il rimborso è del 50%
- per i Soci aggregati della convenzione Fisde Open il tetto massimo di rimborso annuale, comprese le altre voci rimborsabili, è pari a 5.000 €.
- 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 Fisde erogherà il 100% dei rimborsi secondo i massimali e le limitazioni previsti dal presente Piano 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.

Documenti per la richiesta di rimborso:

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

Attenzione:

- Eventuali spese sostenute per sala operatoria, accertamenti diagnostici, materiali e medicinali, analisi cliniche sono rimborsabili solo se espressamente indicati in fattura.
- In caso di interventi a carico di entrambi gli occhi o entrambi gli arti, eseguiti nella stessa seduta, si applica la tariffa al 100% per ciascun intervento.
- L'uso della sala operatoria deve essere documentato dalla **scheda operatoria** che deve contenere: numero progressivo del registro operatorio, orario ingresso/uscita sala operatoria, orario inizio/fine dell'intervento chirurgico, nominativi dei componenti dell'equipe chirurgica e infermieristica; **senza scheda operatoria, il rimborso** sarà relativo alla **sola sala dedicata** (codice 46: 50 €).
- Sono rimborsabili nell'ambito degli interventi chirurgici ambulatoriali anche gli interventi chirurgici eseguiti in day-service.
- I trattamenti laser di chirurgia refrattiva sono rimborsabili in presenza di deficit visivo pari o superiore a 4 diottrie per occhio o anisometropia superiore a 3 diottrie.
- In caso di fattura unica per **visita + intervento chirurgico ambulatoriale**, presentare unica richiesta per intervento chirurgico ambulatoriale.
- Validità temporale dei referti di accertamenti diagnostici richiesti per il rimborso di alcuni codici del Nomenclatore tariffario (esempio codice 8876 infiltrazione per ozono-terapia per ernie e protrusioni discali documentate da referto di accertamento diagnostico) è la seguente:
  - per interventi chirurgici: validità max 1 anno
  - per infiltrazioni: validità max 2 anni.

Fisiochinesiterapia

Rimborso:

- in unica soluzione (come da deroga deliberata dal Consiglio di Amministrazione)fino al 100% della tariffa del Nomenclatore tariffario,
- in unica soluzione in caso di ticket (SSN/SSR), al 100% della spesa sostenuta
- tetto annuo di **60 prestazioni con un massimo di 30 prestazioni per singola tipologia**
- per la fascia di età **3/14 anni rimborsabili 60 sedute di esercizi foniatrici e logopedia** per anno, per un **totale di 90 prestazioni riabilitative complessive**
- 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 Fisde erogherà il 100% dei rimborsi secondo i massimali e le limitazioni previsti dal presente Piano 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.

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **fattura o ricevuta fiscale** dettagliata per tipologia di riabilitazione, numero sedute e costo unitario corrispondenti alla prescrizione medica (fattura esclusa/esente IVA completa di bollo se di importo superiore a 77,47 €, fatture prive di bollo sono considerate incomplete e non rimborsabili); **ricevuta relativa al ticket** se la prestazione è resa nell'ambito del SSN
- **scheda per rimborso di trattamenti riabilitativi - fisioterapia** debitamente compilata e firmata dal medico specialista di branca qualora la prescrizione sia rilasciata utilizzando lo stesso modulo (sezione A), dalla struttura sanitaria o dal terapista che ha eseguito le prestazioni (sezione B)

Se nel corso della terapia vengono emesse più fatture dalla struttura o dal terapista, la richiesta di rimborso delle stesse dovrà essere presentata dal Socio al **completamento del ciclo di cure**, entro 60 giorni dalla data dell'ultima fattura (se l'ultima fattura è emessa dal 16 novembre al 31 dicembre, il termine ultimo per la richiesta di rimborso di tutte le fatture è il successivo 15 gennaio).

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

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

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

Psicoterapia

Rimborso:

- in unica soluzione (come da deroga deliberata dal Consiglio di Amministrazione)fino al 100% della tariffa del Nomenclatore tariffario, (40 € a seduta)
- tetto annuo di 520 €

  Per i soli Soci ordinari e aggregati e loro familiari a carico, per le prestazioni effettuate dal 1° gennaio al 31 dicembre 2026 il tetto annuo è **innalzato a 720 €** fermo restando il massimo rimborsabile di 40 € a seduta.

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **fattura o ricevuta fiscale** con descrizione di:
  - tipologia e numero delle prestazioni
  - nominativo e qualifica professionale dello psicologo/psicoterapeuta

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

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

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

Per informazioni dettagliate sulle procedure e sui rimborsi vedi **Consulenza psicologica** su www.fisde.it

Terapie per sterilità/infertilità

Rimborso:

- in unica soluzione (come da deroga deliberata dal Consiglio di Amministrazione)con tetto annuo massimo di 1.550 € (per coppia) per due annualità nella vita
- se ticket (SSN/SSR) il rimborso, in unica soluzione, è pari al 100% della spesa sostenuta.

Documenti per la richiesta di rimborso a fine programma:

- **fattura o ricevuta fiscale** con descrizione dettagliata della/e prestazione/i eseguita/e (fattura esclusa/esente IVA completa di bollo se di importo superiore a 77,47 €; fatture prive di bollo sono considerate incomplete e non rimborsabili); **ricevuta relativa al ticket** se la prestazione è resa nell'ambito del SSN.
- **certificazione sanitaria** della diagnosi di sterilità/infertilità e del piano terapeutico dettagliato con date e prestazioni.

Attenzione:

- La terapia per la sterilità/infertilità di cui al codice 9931 del Nomenclatore tariffario include qualsiasi tipo di tecnica e metodica usata, compresi i farmaci.
- Trattandosi di un percorso di coppia è necessario che nei documenti sia indicato anche il codice fiscale del partner per escludere che il rimborso venga erogato a un altro soggetto anch'esso iscritto al Fisde come caponucleo.
- Se il coniuge non è a carico e le prestazioni riguardano entrambi i componenti della coppia, Fisde potrà rimborsare solo le prestazioni rese al Socio caponucleo.
- La modalità di effettuazione della prestazione in regime ambulatoriale o di ricovero deve essere attestata da specifica documentazione sanitaria. Le eventuali spese legate al ricovero, relative a retta di degenza, sala operatoria ecc., possono essere rimborsate con i codici di prestazione previsti dal Nomenclatore tariffario e le relative fatture devono essere presentate contestualmente alla certificazione sanitaria che attesta l'avvenuto ricovero e l'esecuzione della prestazione; non possono essere accolte richieste di rimborso di spese accessorie non supportate da idonea documentazione sanitaria.

Non sono rimborsabili:

- analisi cliniche, accertamenti diagnostici strumentali, visite ed eventuali interventi chirurgici finalizzati alla diagnosi di sterilità/infertilità e delle relative cause, o effettuati per accedere a terapia per sterilità/infertilità
- analisi cliniche, accertamenti diagnostici, visite specialistiche volti al monitoraggio degli effetti della terapia farmacologica

- spese accessorie al ricovero (es. degenza, materiali e medicinali ecc.) se già raggiunto il tetto annuo rimborsabile per la terapia per sterilità/infertilità (codice 9931).

Allergie e vaccini

Rimborso:

- tetto massimo 250 € per anno
- rimborso in unica soluzione (come da deroga deliberata dal Consiglio di Amministrazione)pari al 70% della spesa sostenuta
- in caso di ticket (SSN/SSR) rimborso in unica soluzione, al 100% della spesa sostenuta fino al tetto massimo dei 250 € per anno.

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **fattura o scontrino fiscale c.d. parlante** con descrizione dettagliata del prodotto acquistato o della/e prestazione/i eseguita/e (fattura esclusa/esente IVA completa di bollo se di importo superiore a 77,47 €; fatture prive di bollo sono considerate incomplete e non rimborsabili)
- **prescrizione medica in data non successiva** al documento fiscale di riferimento; la prescrizione medica è valida per un anno dalla data di emissione, se non già utilizzata.

Attenzione:

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

Ticket SSN/SSR

Il rimborso del ticket è riconosciuto solo per le prestazioni ammesse a rimborso dal Piano Sanitario in vigore ed è riferito al singolo assistito.

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

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **ricevuta relativa al ticket sanitario**, anche ricevuta SISAL o ricevuta rilasciata da cassa continua ospedali o bonifico
- se nel documento di spesa non sono riportati soggetto e tipologia della prestazione è necessaria l'**Autodichiarazione per ricevute ticket**, scarica il modulo da **www.fisde.it** > **Moduli** > Richiesta di rimborso.

Attenzione:

- Il ticket SSR/SSN è esente da bollo (qualsiasi importo)
- Se il documento fiscale di spesa si riferisce a **ticket + prestazione privata** il bollo è dovuto quando l'importo della prestazione privata è superiore a 77,47 €
- Se il documento fiscale indica **tariffa ticket** non si tratta di ticket SSN/SSR
- Le visite specialistiche effettuate in regime SSN/SSR sono escluse dal computo del tetto annuo di visite (max 10 visite specialistiche per assistito).
- Il rimborso dei ticket concorre al raggiungimento dei tetti massimi ove previsti (psicoterapia, odontoiatria, vaccini).
- I ticket relativi a tutte le tipologie di prestazione possono essere richiesti a rimborso anche in forma cumulativa purché presentati entro il 15 gennaio dell'anno successivo.

Ticket per analisi cliniche

Rimborso:

- è previsto esclusivamente in caso di analisi cliniche eseguite in regime di Servizio Sanitario Nazionale/Regionale (SSN/SSR) o in regime di convenzione con SSN/SSR
- franchigia annuale non rimborsabile di 50 € per assistito (franchigia comune a rimborso di analisi cliniche private per Socio ordinario e aggregato e loro familiari a carico)
- oltre la franchigia, il rimborso, in unica soluzione, è pari al 100% della spesa sostenuta.

Documenti per la richiesta di rimborso:

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

Attenzione:

- **Non si applica la franchigia** per analisi cliniche in caso di:
  - disabilità, se la prestazione è riconducibile alle patologie già certificate per l'accesso alle prestazioni indicate nella sezione 3 del Piano sanitario;
  - gravidanza, è necessario allegare il certificato di gravidanza a ogni richiesta di rimborso;
  - ricovero, intervento chirurgico, preospedalizzazione effettuata nei 30 giorni precedenti al ricovero (in fase di inserimento della domanda di rimborso specificare nel campo annotazioni: **ricovero/intervento chirurgico/preospedalizzazione**).
- Ticket con data dell'anno precedente non sono rimborsabili se presentati oltre il 15 gennaio anche se il relativo pagamento, per qualsivoglia motivo, sia stato eseguito successivamente alla data della prestazione.
- Se il documento fiscale di spesa si riferisce a **ticket + prestazione privata** il bollo è dovuto quando l'importo della prestazione privata è superiore a 77,47 €.
- Se il documento fiscale di spesa indica **tariffa ticket** non si tratta di ticket del SSN/SSR.

Presidi, protesi e apparecchi acustici

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

- occhiali acustici
- protesi acustiche
- parrucca in caso di patologie oncologiche
- noleggio del letto ortopedico
- carrozzelle
- calzature ortopediche su misura
- plantari ortopedici su misura
- corsetto ortopedico per scoliosi
- tutore ortopedico post-intervento chirurgico
- protesi oculare su misura in caso di enucleazione oculare
- protesi ortopediche in caso di amputazione di arto.

Rimborso:

- in unica soluzione (come da deroga deliberata dal Consiglio di Amministrazione) del 50% della spesa sostenuta
- per ciascuna voce rimborsabile sono indicati nel Nomenclatore tariffario specifici tetti, frequenze, limitazioni e documentazione medico sanitaria aggiuntiva.

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **fattura o scontrino fiscale c.d. parlante** con descrizione dettagliata del prodotto (fattura esclusa/esente IVA completa di bollo se di importo superiore a 77,47 €; fatture prive di bollo sono considerate incomplete e non rimborsabili)
- **prescrizione dello specialista** di branca attinente completa di diagnosi e tipologia di presidio/protesi, **con data non successiva** al documento fiscale di riferimento; la prescrizione dello specialista è valida per un anno dalla data di emissione se non già utilizzata
- **altra documentazione sanitaria** indicata nelle voci specifiche del **Nomenclatore tariffario**.

Attenzione:

- **Protesi durante il ricovero/intervento chirurgico** sono inserite nella classe specifica del ricovero per intervento chirurgico, con rimborso in unica soluzione pari al 60% e tetto massimo annuo di 5.000 €.
- Per protesi acustiche, plantari e calzature ortopediche è necessario che la documentazione per il rimborso specifichi il lato di riferimento (destra/sinistra).
- Gli occhiali acustici sono rimborsabili ogni tre anni, tenendo anche conto del limite di frequenza triennale delle protesi acustiche. Il rimborso è quindi consentito solo se sono soddisfatti sia il limite temporale triennale sull'occhiale acustico, sia il limite temporale triennale relativo agli apparecchi acustici almeno su un lato, purché il lato sia il medesimo indicato nella prescrizione otorinolaringoiatrica.

  Il vincolo del limite di frequenza è derogabile esclusivamente in casi di aggravamento dell'ipoacusia documentati da una nuova prescrizione specialistica otorinolaringoiatrica che:

  a. attesti il nuovo grado di ipoacusia
  b. prescriva come clinicamente necessario il ricorso a una protesi acustica tradizionale.

  In questo caso, si potrà accedere al rimborso della protesi acustica anche in deroga al limite temporale triennale ma non sarà più possibile accedere in futuro al rimborso di nuovi occhiali acustici.

  In ragione della natura integrata dell'occhiale acustico, il rimborso della spesa per il dispositivo è anche equiparato, ai fini dell'applicazione dei limiti di frequenza, all'acquisto di una montatura da vista e pertanto comporta anche l'attivazione del limite di frequenza previsto per le montature.

Odontoiatria

Le cure odontoiatriche rimborsabili sono quelle previste nel Nomenclatore tariffario.

Rimborso:

- in unica soluzione (come deliberato dal Consiglio di Amministrazione) dell'80% della tariffa indicata nel Nomenclatore tariffario
- se **ticket**, in unica soluzione, pari al 100% della spesa sostenuta fino alla concorrenza dei valori previsti nel Nomenclatore tariffario.

Limiti massimi annuali rimborsabili per nucleo familiare Enel e Sel:

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

Limiti massimi annuali rimborsabili per nucleo familiare Edison:

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

Limiti massimi annuali rimborsabili per nucleo familiare Fisde Open:

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

Limiti massimi annuali rimborsabili per Socio straordinario:

- 2.500 €

- 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 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.

Scheda per cure odontoiatriche

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

- elenca tutte le prestazioni odontoiatriche rimborsabili (codici, descrizione, prestazioni incompatibili) ed evidenzia le condizioni normative per il rimborso delle singole prestazioni (diagnostica richiesta, documenti di supporto dove necessari e limiti temporali dove previsti)
- deve essere compilata, timbrata e firmata dall'odontoiatra che presta le cure
- deve essere sottoscritta dal Socio e dall'eventuale avente diritto (se maggiorenne) per confermare che le prestazioni indicate sono state fruite
- nella prima pagina deve riportare numero e importo di tutte le fatture per le quali si richiede il rimborso. Il totale delle fatture deve corrispondere al totale delle prestazioni indicate nella scheda.
- è obbligatoria per tutte le prestazioni odontoiatriche a **esclusione dell'ablazione tartaro**.

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

Documenti per la richiesta di rimborso:

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

Radiografie e fotografie

- Radiografie e/o fotografie, sono obbligatorie e vincolanti per il rimborso di alcune voci del Nomenclatore tariffario. La scheda per cure odontoiatriche indica per ogni codice la documentazione fotografica/radiografica da allegare. **Le immagini richieste** devono essere necessariamente caricate con la domanda di rimborso sulla piattaforma **Fisdeweb, in formato elettronico** .gif .jpg .pdf e devono riportare data e nome del beneficiario.
- Le radiografie digitali devono essere in formato jpg o analogo: non saranno accettati formati che richiedano l'utilizzo di software specifici. **Non inviare supporti fisici o cartacei** (non saranno accettati né restituiti).

- Dove è richiesta documentazione fotografica/radiografica pre e post cura è necessario rispettare il criterio di omogeneità inviando per la fine cura la stessa tipologia di documentazione inviata per l'inizio cura. (Esempi: se sono state inviate fotografie pre cura devono essere inviate fotografie post cura, se sono stati inviati esami ortopanoramici pre cura devono essere inviati esami ortopanoramici post cura, idem per gli esami radiografici endorali che devono riportare anche l'indicazione del numero del dente interessato).

Certificato di conformità

Nella **scheda per cure odontoiatriche** è specificato **l'obbligo** di allegare la dichiarazione di conformità del fabbricante **per ogni prestazione in cui è necessaria**.
La dichiarazione di conformità per un manufatto protesico è un documento legale, richiesto dal Regolamento UE 2017/745 (MDR), con cui il fabbricante (odontotecnico) attesta che il dispositivo medico realizzato soddisfa i requisiti di sicurezza ed efficacia previsti dalla normativa vigente. Il laboratorio odontotecnico è obbligato a rilasciare questo documento all'odontoiatra, il quale a sua volta deve consegnarlo al paziente, per garantirne la tracciabilità e la sicurezza. Il paziente ha diritto a ricevere la dichiarazione di conformità dal suo dentista, che fornisce informazioni essenziali sul dispositivo protesico in uso.

Il certificato di conformità deve indicare:

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

Attenzione:

- Nel caso di difformità tra i codici indicati dal medico curante nella scheda odontoiatrica e quanto dichiarato nel certificato di conformità, vengono liquidati i codici corrispondenti al certificato di conformità.
- Le domande di rimborso per prestazioni odontoiatriche effettuate all'estero devono possedere i medesimi requisiti di quelle effettuate in Italia. In tal caso è necessaria la traduzione in lingua italiana.
- La visita odontoiatrica non è rimborsabile.
- Eventuali prestazioni fatturate e non fruite non sono rimborsabili (art. 2.3.14 del Piano Sanitario)

- **È possibile chiedere il rimborso entro 60 giorni dalla data di emissione della documentazione di spesa: le fatture di acconto** possono essere presentate anche oltre il termine dei 60 giorni purché **unitamente alla fattura di saldo**. In questi casi, la scadenza dei 60 giorni viene calcolata a partire dalla data di emissione della fattura di saldo; se la fattura di saldo è stata emessa dal 16 novembre al 31 dicembre il termine ultimo di presentazione è il 15 gennaio dell'anno seguente. Anche in questo caso la scheda deve riportare tutte le fatture (di acconto e di saldo) e le relative prestazioni.
- **Nel caso di fatture di acconto e di saldo emesse in anni diversi** e presentate con la stessa scheda per cure odontoiatriche, limitazioni e massimali previsti fanno comunque riferimento a un unico anno che è quello di emissione della fattura di saldo.
- **Non sono ammesse a rimborso fatture emesse da studi o laboratori odontotecnici**. È possibile rimborsare tali fatture solo nel caso in cui siano rilasciate al paziente sulla base di specifica richiesta della struttura pubblica presso la quale è in corso la prestazione odontoiatrica.
- **La scheda per cure odontoiatriche non è necessaria se:**
  - il rimborso viene richiesto solo per l'ablazione tartaro
  - il rimborso viene richiesto per ticket e il Socio è nell'impossibilità oggettiva di presentare la **scheda per cure odontoiatriche**. In questo caso, però, è necessaria la descrizione dettagliata delle prestazioni eseguite e degli elementi sottoposti a terapie, nella fattura o con certificato sanitario rilasciato dal dentista.

Trattamento ortodontico

- **rimborso**: dell'80% della tariffa prevista dal Nomenclatore tariffario, liquidato in unica soluzione (come da deroga deliberata dal Consiglio di Amministrazione) **durata trattamento**: 36 mesi (intercettiva + apparecchio fisso + mobile) + 12 mesi (contenzione per ciascuna arcata interessata dalle cure ortodontiche)
- **Non sono rimborsabili altre terapie ortodontiche prima di 10 anni dal completamento del precedente ciclo di terapie rimborsate**.

Attenzione:

- Fisde rimborsa massimo 12 mesi di cura per ciascuna arcata ogni anno.
- Complessivamente per i trattamenti ortodontici è possibile erogare il numero di mesi di cura effettivamente fruiti e risultanti dalla relazione odontoiatrica e dalla documentazione inviata, nei limiti previsti dalla normativa

- In caso di pagamento anticipato del ciclo di cure pluriennale (superiore a 12 mesi) il rimborso potrà essere gestito secondo una delle seguenti opzioni a scelta:
    A. Rimborso immediato di massimo 12 mesi di cura per ciascuna arcata con rinuncia a ulteriore rimborso per le mensilità successive;
    B. Rimborso dell'intera cura posticipato a fine trattamento (alle condizioni normative vigenti nell'anno di fine cura).

In entrambi i casi la richiesta di rimborso dovrà essere trasmessa entro 60 giorni dalla data del documento di spesa. In fase di lavorazione verrà richiesto al Socio l'opzione desiderata per la gestione della propria pratica.

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **Scheda per cure odontoiatriche** compilata e sottoscritta
- **fattura o ricevuta fiscale** (fattura esclusa/esente IVA completa di bollo se di importo superiore a 77,47 €; fatture prive di bollo sono considerate incomplete e non rimborsabili).

In caso di richiesta di rimborso per fatture di acconto e fattura di saldo, i termini di scadenza per la presentazione decorrono dalla data della fattura di saldo (la domanda di rimborso con fattura di saldo emessa dal 16 novembre al 31 dicembre dovrà essere inviata entro il 15 gennaio dell'anno successivo).

Per la prima richiesta di rimborso del trattamento ortodontico allegare:

- relazione con diagnosi, terapia proposta e indicazione della durata del trattamento (vincolante per i mesi effettivi di cura)
- fotografie intraorali occlusali, frontali e laterali del paziente pretrattamento con nominativo e data di esecuzione
- fotografia clinica del paziente con l'apparecchio in bocca.

Per la prosecuzione, per ogni anno di trattamento:

- allegare fotografia clinica aggiornata del paziente con l'apparecchio in bocca con nominativo e data di esecuzione.

Fatture emesse prima delle cure per finanziamento

Se il Socio si avvale di un finanziamento per il pagamento delle cure odontoiatriche, tramite società finanziaria, deve inserire la **richiesta entro 60 giorni dalla data di fatturazione**, entro il 15 gennaio dell'anno successivo per le fatture emesse dal 16 novembre al 31 dicembre.

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

Documenti per la richiesta di rimborso:

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

Assistenza infermieristica continuativa

Rimborso solo in caso di evento morboso acuto:

- liquidato in unica soluzione (come da deroga deliberata dal Consiglio di Amministrazione) per 24 ore 96 €/giorno
- per servizio diurno o notturno 48 €/giorno
- max 180 giorni.

Documenti per la richiesta di rimborso:

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

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

Lenti e montature da vista

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

Lenti e montature da vista fino a 14/18 anni

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

Rimborso: liquidato in unica soluzione (come da deroga deliberata dal Consiglio di Amministrazione) del 100% della tariffa del Nomenclatore tariffario.

Documenti per la richiesta di rimborso:

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

Attenzione:

- **Per la convenzione Edison, lenti e montatura sono rimborsabili ogni tre anni**.
- In presenza di cheratocongiuntivite Vernal il rimborso per occhiali da sole (Lenti Vernal) è da considerarsi in aggiunta ad altra richiesta di lenti e montature.
- Nel caso di **lenti usa e getta**, presentare un'unica richiesta di rimborso entro la fine dell'anno solare e, comunque, entro e non oltre 60 giorni dalla data dell'ultima fattura o scontrino parlante (da inserire come data fattura), oppure entro il 15 gennaio dell'anno successivo se ultima fattura o scontrino parlante sono emessi dal 16 novembre al 31 dicembre.
- È necessario che nella documentazione per il rimborso venga riportata la tipologia di lenti acquistate.
- Non sono rimborsabili eventuali costi per montaggio, assicurazione, assistenza e lavorazione particolare delle lenti.
- Il rimborso della spesa per l'occhiale acustico (cod. 7025) comporta l'attivazione del limite di frequenza previsto per le montature.

Second opinion

Rimborso: tetto di rimborso annuo 300 € per socio.

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
  - megauretere: 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.

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

Anticipazioni altissima chirurgia

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

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **preventivo di spesa** delle spese sanitarie.

Il Consiglio di Amministrazione stabilisce se riconoscere l'anticipazione e l'eventuale percentuale.

Attenzione:

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

Prestazioni all'estero

Le prestazioni sanitarie riconosciute come ammissibili dal Piano sanitario sono rimborsabili anche se fruite all'estero, alle medesime condizioni previste per le prestazioni effettuate in Italia, purché la documentazione oggetto di richiesta di rimborso sia tradotta in italiano (non occorre traduzione giurata).

Rimborsi da altri enti

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

Documenti per la richiesta di rimborso:

- documentazione di spesa e documentazione sanitaria (vedi capitoli delle specifiche prestazioni). La quota rimborsata da altro ente va indicata nel campo **importo rimborsato da altro ente** in fase di inserimento della richiesta.
- copia del documento che attesta la somma rimborsata dagli altri enti da inserire nei documenti sanitari.

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

Prevenzione

Piano di prevenzione

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

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

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

Prestazioni

Prevenzione cardiovascolare

a partire dai 40 anni

Prestazioni:

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

Prevenzione dermatologica

Prestazioni:

- visita specialistica dermatologica + mappa nevica/epiluminescenza/videodermatoscopia.

Prevenzione ginecologica

a partire dai 20 anni

Prestazioni:

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

Prevenzione senologica

Prestazioni:

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

Attenzione: in ambito di prevenzione non è previsto il rimborso della mammografia con tomosintesi, eventuali richieste di tale tipologia saranno rimborsate come mammografia bilaterale.

Prevenzione urologica

Prestazione: visita urologica

Rimborso:

- liquidato in unica soluzione (come da deroga deliberata dal Consiglio di Amministrazione)fino al 100% della tariffa del Nomenclatore tariffario.

Documenti per la richiesta di rimborso:

- **fattura o ricevuta fiscale** con descrizione dettagliata della prestazione eseguita o delle prestazioni eseguite (la fattura esclusa/esente IVA deve essere completa di bollo se di importo superiore a 77,47 €, fatture prive di bollo sono considerate incomplete e non rimborsabili); ricevuta relativa al ticket se la prestazione è resa nell'ambito del SSN.

Attenzione:

- Nel rispetto del criterio di appropriatezza definito dai protocolli sanitari nazionali o regionali, per alcune prestazioni la struttura sanitaria potrebbe richiedere la prescrizione che però non è necessaria per il rimborso.
- La domanda di rimborso deve essere inviata su Fisdeweb entro 60 giorni dalla data del documento di spesa (entro il 15 gennaio se il documento fiscale è stato emesso dal 16 novembre al 31 dicembre) selezionando nel campo **Prestazione richiesta**, a seconda della tipologia di prestazione, la voce **Visite specialistiche di prevenzione** o **Accertamento diagnostico di prevenzione**.
- La domanda di rimborso per le **Visite specialistiche di prevenzione** deve essere riferita a fattura unica per la visita specialistica e l'accertamento diagnostico ove previsto.

Prestazioni per le persone con disabilità

Alle prestazioni sociosanitarie indicate nella sezione 3 del Piano sanitario possono accedere Soci ordinari, straordinari, aggregati e i loro familiari a carico che rientrino in uno dei casi seguenti:

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

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

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

Domanda di accesso

Per fruire delle prestazioni per le persone con disabilità indicate nella sezione 3 del Piano sanitario è necessario presentare domanda di accesso alle prestazioni completa:

- **Domanda di accesso alle prestazioni per le persone con disabilità**, scarica il modulo da **www.fisde.it > Moduli >** Persone con disabilità
- **Certificazione sanitaria rilasciata dalla Commissione Medica Competente** (invalidità pari al 100%; riconoscimento indennità di accompagnamento; minore invalido, ciechi assoluti, sordi, legge 104 per i Soci ordinari e aggregati ed entro il limite dei 40 anni i Soci straordinari e i familiari a carico). Non sono ammesse certificazioni incomplete, in omissis o di cui sia in corso la revisione.

Per inviare la domanda entra in **Fisdeweb** (da www.fisde.it), clicca su **Spazio Posta** e seleziona il documento **domanda di accesso alle prestazioni per disabilità**.

Attenzione:

- Verificata la sussistenza dei requisiti previsti, il **diritto alle prestazioni** decorrerà dalla **data di perfezionamento della domanda** di accesso alle prestazioni per le persone con disabilità. La scadenza della copertura corrisponderà alla data fissata dalla Commissione Medica per la revisione.
- In caso di **visita di revisione**, se prevista dalla certificazione sanitaria della Commissione Medica, **è obbligatorio trasmettere a Fisde la documentazione e l'esito**.
- Fino a **12 mesi successivi** alla data prevista nella certificazione sanitaria per la visita di revisione, l'interessato che non sia stato ancora convocato potrà **continuare a fruire delle prestazioni con riserva presentando nuovamente il modulo di domanda di accesso alle prestazioni barrando la voce specifica**. il modulo dovrà essere trasmesso tramite Fisdeweb (da www.fisde.it) selezionando in spazio posta **domanda di accesso alle prestazioni per disabilità**.

Prestazioni sanitarie

Previste dal Nomenclatore tariffario e **connesse alle patologie certificate come causa della disabilità**.

La documentazione per la richiesta di rimborso per le seguenti prestazioni è indicata nell'art. 3.8.1 del Piano sanitario.

Rimborso in unica soluzione:

- 50% della spesa sostenuta (vedi primo punto delle condizioni specifiche che seguono)

o se più favorevole

- 100% della tariffa di riferimento del Nomenclatore tariffario

Condizioni specifiche:

- il rimborso del 50% della spesa sanitaria sostenuta non deve superare 1,5 volte il valore della tariffa di riferimento nel Nomenclatore tariffario e non si applica alle prestazioni per le quali sia previsto un tetto massimo di rimborso (mensile, annuale, ecc.)
- **Fisiochinesiterapia**:
  50% della spesa sostenuta con tetto massimo 500 €/mese cui concorrono anche eventuali rimborsi di Fisde per le prestazioni di fisiochinesiterapia non connesse con la situazione di disabilità dell'assistito. Ai fini del rimborso i documenti fiscali di spesa devono essere presentati entro la scadenza prevista da Art. 6.9 del Piano sanitario (la cadenza mensile del rimborso non ammette l'invio cumulativo delle fatture anche se riconducibili a un unico ciclo terapeutico)
- **Odontoiatria**:
  50% della spesa sostenuta con tetto massimo 5.000 € (non cumulativo con tetto per nucleo

familiare) cui concorrono anche eventuali rimborsi di Fisde per le prestazioni odontoiatriche non connesse con la situazione di disabilità dell'assistito

- **Ticket analisi cliniche**: non si applica franchigia
- **Farmaci connessi alla condizione di disabilità** (esclusi integratori, dispositivi medici e rimedi omeopatici comunque denominati): 50% della spesa sostenuta con un tetto massimo di 250€/anno. È necessario allegare alla richiesta la scheda rimborso spese farmaceutiche disponibile sul sito Fisde.
- **Psicoterapia** (consulenza individuale, psicoterapia, seduta psicologica di sostegno): 50% della spesa sostenuta con tetto 2.500 €/anno cui concorrono anche eventuali rimborsi di Fisde per le stesse prestazioni non connesse con la situazione di disabilità dell'assistito.
- **Psicologia dell'educazione, prevenzione, abilitazione, riabilitazione:**
  5.000 €/anno cui concorrono anche eventuali rimborsi di Fisde per le stesse prestazioni non connesse con la situazione di disabilità dell'assistito.
  Il Consiglio di Amministrazione si riserva di esaminare a preventivo i casi relativamente ai quali la spesa da sostenere sia superiore a 10.000 €: il Socio dovrà inviare richiesta motivata su **spazio posta**, **domanda accesso alle prestazioni per disabilità**, allegando relazione clinica specialistica con prescrizione delle terapie, relazione clinica del soggetto incaricato con evidenza delle prestazioni somministrate e preventivo di spesa.
- **Assistenza infermieristica**: 50% della spesa sostenuta con tetto massimo 350 €/mese (ancorché non riconducibile a evento morboso acuto)
- **Analisi cliniche in regime privato** (strettamente connesse con la situazione di disabilità, non effettuate in ambito di ricovero): 50% della spesa sostenuta

Prestazioni assistenziali

Rimozione di barriere architettoniche

Per il riconoscimento del rimborso, è necessaria delibera del Consiglio di Amministrazione Fisde.

Rimborso in unica soluzione:

- 30% della spesa per la parte non rimborsata dalle strutture pubbliche
- tetto massimo assoluto di 5.000 € anche come sommatoria di più interventi nel corso degli anni

Documenti per la richiesta di rimborso:

- fatture/ricevute fiscali
- copia del bonifico bancario o postale (ai fini del rimborso non sono ammesse altre modalità)
- documentazione attestante l'avvenuta richiesta di intervento delle strutture pubbliche e relativo esito
- documentazione tecnica (progetto firmato da professionista abilitato)
- documentazione fotografica antecedente e successiva alla rimozione delle barriere.

Accessori auto di ausilio alla guida

Per il riconoscimento del rimborso, è necessaria delibera del Consiglio di Amministrazione Fisde.

Rimborso in unica soluzione:

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

Documenti per la richiesta di rimborso:

- fatture/ricevute fiscali
- documentazione attestante l'avvenuta richiesta di intervento delle strutture pubbliche e relativo esito
- patente di guida e libretto di circolazione.

Interventi di natura socio-pedagogica e socioassistenziale

Solo in caso di indennità d'accompagnamento.

Rimborso in unica soluzione:

- 50% della spesa
- tetto massimo annuo di 5.000 € il Consiglio di Amministrazione si riserva di esaminare a preventivo i casi relativamente ai quali la spesa da sostenere sia superiore a 10.000 €: il Socio dovrà inviare richiesta motivata su **spazio posta**, **domanda accesso alle prestazioni per disabilità**, allegando relazione clinica specialistica con prescrizione delle terapie, relazione clinica del soggetto incaricato con evidenza delle prestazioni somministrate e preventivo di spesa.

Documenti per la richiesta di rimborso:

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

Interventi in favore della famiglia

Consulenza, formazione e psicoterapia alla famiglia.

Rimborso in unica soluzione:

- 80% della spesa
- tetto massimo annuo di 2.500 € cui concorrono i rimborsi di Fisde percepiti dal Socio e dai familiari per le stesse prestazioni, non connesse con la situazione di disabilità dell'assistito.

Documenti per la richiesta di rimborso:

- fatture/ricevute fiscali
- relazione dello specialista sulle finalità dell'intervento.

Supporto scolastico, materiali e strumenti didattici ecc.

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

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

  Rimborso in unica soluzione:
  - 80% della spesa
  - tetto massimo annuo di 1.500 €

  Documenti per la richiesta di rimborso:
  - fatture/ricevute fiscali/scontrini fiscali
  - prescrizione specialistica

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

  Per il riconoscimento del rimborso è necessaria delibera del Consiglio di Amministrazione Fisde.

  Rimborso in unica soluzione:
  - 80% della spesa
  - tetto massimo assoluto di 300 €

  Documenti per la richiesta di rimborso:
  - fatture/ricevute fiscali/scontrini fiscali
  - prescrizione specialistica

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

  Per il riconoscimento del rimborso, è necessaria delibera del Consiglio di Amministrazione Fisde.

  Rimborso in unica soluzione:
  - 80% della spesa
  - tetto massimo biennale di 150 €

  Documenti per la richiesta di rimborso:
  - fatture/ricevute fiscali/scontrini fiscali
  - prescrizione specialistica

Assistenza domiciliare e case di riposo

Solo in caso di indennità di accompagnamento.

Prevista delibera del Consiglio di Amministrazione Fisde.

Rimborso in unica soluzione:

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

Documenti per la richiesta di rimborso:

- fatture/ricevute fiscali
- 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 presso l'INPS o copia del contratto di servizio nel caso di società di servizi
- documentazione attestante l'avvenuta richiesta di intervento delle strutture pubbliche e il relativo esito
- documentazione del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento.

Prestazioni di emergenza sociale

Si tratta del rimborso delle spese relative a programmi di riabilitazione che possono riguardare Soci ordinari, straordinari, aggregati e i loro familiari a carico per una delle seguenti forme di patologia, dipendenza, disturbo o di disadattamento sociale:

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

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

- **Domanda di accesso alle prestazioni per emergenza sociale**, scarica il modulo da **www.fisde.it > Moduli >** Emergenze sociali
- programma o piano di riabilitazione predisposto da specialisti nella branca corrispondente alla patologia, con l'indicazione dei costi presunti e della durata.

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

Rimborso:

- deliberato dal Consiglio di amministrazione, previa valutazione del consulente di Fisde
- in unica soluzione, dell'80% della spesa sostenuta per il programma di riabilitazione, per un periodo massimo di 2 anni
- tetto di 2.500 € per singola terapia
- tetto annuale fino a 5.000 € (nel caso di due programmi).

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

Documenti per la richiesta di rimborso (solo dopo l'approvazione Fisde del piano di riabilitazione):

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

Adempimenti e scadenze

Attivazione della copertura Fisde per i familiari a carico

Per aggiungere il nuovo familiare a carico nel profilo personale il Socio può inviare la richiesta di inserimento rapidamente su Fisdeweb.

Come fare:

- entra nell'**Area riservata Fisdeweb** da www.fisde.it o da Intranet Enel e seleziona
  - **Dati Anagrafici e Nucleo Familiare** 
  - **Gestione nucleo familiare** 

  - **Richiesta di inserimento nuovo familiare a carico** 

- compila tutti i campi con i dati del familiare
- allega il codice fiscale o la tessera sanitaria del familiare (fronteretro)
- flagga dichiarazione e consenso per completare la richiesta
- **controlla di aver compilato tutti i campi obbligatori e** 

- **se invece devi chiedere inserimento di un altro familiare a carico** 

Se la richiesta risulterà incompleta o non conforme riceverai una notifica via e-mail. Verificata la conformità della tua richiesta, Fisde attiverà l'assistenza del nuovo familiare a carico.

Troverai il nuovo familiare fiscalmente a carico presente nel tuo Nucleo familiare dell'Area riservata Fisdeweb.

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

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

Come fare:

- entra nell'**Area riservata Fisdeweb** da www.fisde.it o da Intranet Enel e seleziona **Dati Anagrafici e Nucleo Familiare** 
- seleziona **Gestione nucleo familiare** 

- seleziona **Dichiarazione di carico familiare** 

- la **Dichiarazione di responsabilità per autocertificare il carico fiscale del nucleo familiare** è precompilata con i dati dei familiari che nell'anno precedente risultavano fiscalmente a carico, **per ognuno seleziona sì o** 

- **controlla di aver compilato tutti i campi obbligatori e** 

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

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

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

Come fare:

- entra nell'**Area riservata Fisdeweb** da www.fisde.it o da Intranet Enel e seleziona **Dati Anagrafici e Nucleo Familiare** 
- seleziona **Gestione nucleo familiare**
- seleziona **Dichiarazione di cessazione carico fiscale** 
- nella **Dichiarazione di responsabilità per autocertificare il carico fiscale** per il familiare che non è più a carico modifica la selezione 
- **controlla di aver compilato tutti i campi obbligatori e** 

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

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

In caso di **variazione successiva alla dichiarazione annuale del carico fiscale nello stesso anno**, per riattivare la copertura Fisde del familiare dichiarato non a carico, già registrato su Fisdeweb il Socio deve usare il modulo **Variazione carico familiare** disponibile su www.fisde.it

- verifica che il familiare è registrato su Fisdeweb, in **Dati Anagrafici e Nucleo Familiare**
- scarica il modulo **Variazione carico familiare**
- **compila il modulo e invia la richiesta attraverso Spazio Posta (da Fisdeweb)**

Su www.fisde.it in Moduli **Variazione dati profilo Socio** modulo e istruzioni per l'invio.

Familiari a carico di Soci in servizio all'estero

I familiari dei Soci all'estero per servizio e non più fiscalmente residenti in Italia possono beneficiare dell'**assistenza sanitaria integrativa di Fisde durante i rientri temporanei in Italia**.

La richiesta di rimborso

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

La richiesta di rimborso deve essere:

- **completa** di tutta la documentazione richiesta per ciascuna prestazione, come dettagliato nelle pagine precedenti
- **firmata** dove previsto
- **documentata** con documentazione conforme alle disposizioni fiscali
- **se la prestazione è a favore del familiare maggiorenne**, è obbligatoria la dichiarazione/consenso al trattamento dei dati **Dichiarazione del familiare maggiorenne** (scarica da **www.fisde.it** > **Moduli** > Richiesta di rimborso)
- **se la prestazione è a favore di persona con disabilità** tale da non poter esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati, è necessaria **copia della nomina del giuramento dell'Amministratore di sostegno o del Tutore** (una sola volta).

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

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

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

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

- compila e sottoscrivi il modulo **Rimborso prestazioni sanitarie fruite in forma indiretta** (scarica da **www.fisde.it** > **Moduli** > Richiesta di rimborso)
- in caso di prestazioni per disabilità usa il modulo **Rimborso prestazioni alle persone con disabilità** (scarica da **www.fisde.it** > **Moduli** > Persone con disabilità)
- in caso di prestazioni per emergenze sociali usa il modulo **Rimborso prestazioni alle persone in situazione di emergenza sociale** (scarica da www.fisde.it > Moduli > Emergenze sociali)
- allega **copia dei documenti fiscali di spesa e gli eventuali documenti sanitari**.

Scadenza per la richiesta di rimborso

- **60 giorni dalla data del documento fiscale di spesa**
- **15 gennaio** dell'anno successivo per ticket del SSN/SSR e per documenti di spesa emessi dal 16 novembre al 31 dicembre.

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

Gli aspetti amministrativi

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

Si specifica:

- fatture con IVA non occorre marca da bollo
- **fatture senza IVA** obbligatoria **marca da bollo da 2 €** per importi superiori a 77,47 €;
  se non assolta in modo virtuale (con espressa dicitura sulla fattura) la marca da bollo deve essere apposta materialmente; **fatture prive di bollo sono incomplete e non rimborsabili.**
  Attenzione: nel caso di riutilizzo di marca da bollo già apposta in altro documento di spesa, Fisde non concede il termine di sospensione per la regolarizzazione e la richiesta è respinta
- **se la spesa per la prestazione di cui si chiede il rimborso è di importo pari o superiore a 1.000 €, il pagamento deve essere tracciato**;
  prima di procedere al rimborso e fino al 31 dicembre del secondo anno successivo alla data del documento di spesa Fisde si riserva di chiedere traccia del pagamento. Per questo, il Socio deve **conservare la documentazione dei pagamenti tracciati anche riferiti a più fatture e di importo complessivamente pari o superiore a 1.000 € che sono state emesse nell'arco temporale di sei mesi dallo stesso professionista o dalla stessa struttura sanitaria per la medesima tipologia di prestazione.**

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

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

Nei casi previsti dalla normativa, vedi il paragrafo **Documentazione fiscale**, il pagamento dei rimborsi è bloccato fino ad avvenuta regolarizzazione.

Sospensione e integrazione della pratica

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

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

Con e-mail di avviso al Socio inviata al momento della sospensione, vengono comunicate le motivazioni della sospensione e quali documenti servono per completare correttamente la richiesta di rimborso entro il termine di **30 giorni**.

- entra in Fisdeweb **Pratiche sospese**
- completa la domanda con l'integrazione richiesta selezionando **AGGIUNGI** nella **Scheda della pratica**
- **non segnalare l'avvenuta integrazione**: la domanda di rimborso completata tornerà rapidamente in lavorazione
- la documentazione inviata per posta elettronica non è ritenuta valida

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

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

Contestazioni

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

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

- mancata osservanza dei termini regolamentari per la presentazione delle richieste di rimborso
- mancato rispetto della scadenza per l'integrazione di richieste di rimborso sospese
- trasmissione della richiesta in modalità diversa da quelle previste dalla normativa
- ricorso reiterato per il rigetto totale o parziale di una richiesta di rimborso per la quale il Socio ha già avuto risposta scritta dal Fondo.

Per contestazioni e ricorsi scrivi a ricorsi@fisde.it

Documentazione fiscale

Obbligo di validare rimborsi e servizi per familiari a carico maggiorenni

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

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

- **dal 1° gennaio dell'anno seguente: blocco inserimento pratiche**
  il Socio che non invia la documentazione fiscale o non restituisce gli importi ricevuti per familiari non a carico entro il 31 dicembre, dal 1° gennaio non potrà inviare richieste di rimborso per prestazioni relative al nuovo esercizio finanziario e fruire di altre prestazioni del Fondo.

Consulta la pagina **Fisde per i familiari a carico** e leggi la **Guida Familiari a carico** per il dettaglio di tutte le informazioni relative agli adempimenti per familiari a carico, compresa la riammissione a rimborsi e servizi.

Obbligo dei Soci straordinari per reversibilità

Per la verifica della spettanza di rimborsi e prestazioni dell'anno in corso è necessario trasmettere a Fisde copia della dichiarazione reddituale dell'anno precedente (vedi date di riferimento al paragrafo precedente: Obbligo per validare rimborsi e servizi per familiari a carico maggiorenni).

Consulta la pagina **Socio straordinario** e leggi la specifica **Guida Soci straordinari per reversibilità** per i dettagli e tutte le informazioni relative agli adempimenti.

Agenzia delle Entrate

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

Non per obbligo di legge ma per fornire un supporto ai Soci nella compilazione della dichiarazione dei redditi, Fisde mette a disposizione il **riepilogo dei rimborsi erogati** nell'anno precedente e per i Soci straordinari l'**attestazione del contributo versato** come quota d'iscrizione/rinnovo nell'anno precedente che potrà essere utilizzata per effettuare la detrazione fiscale.

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

www.fisde.it e Fisdeweb

www.fisde.it

Sul sito trovi tutte le informazioni utili alla tua esperienza Fisde.

In particolare:

- **Area Soci** e **Rimborsi** sulle attività dell'assistenza sanitaria integrativa
- **News** per gli aggiornamenti su normativa, procedure e operatività

Puoi consultare i documenti utili:

- **Guida alle prestazioni** da consultare prima di ogni prestazione
- **Nomenclatore tariffario** l'elenco di tutte le prestazioni disponibili, tariffe, documentazione e limiti dei rimborsi **con motore di ricerca per prestazione**

Puoi esplorare i documenti importanti:

- **Piano sanitario** il regolamento Fisde delle prestazioni
- **Statuto** i principi e le regole fondamentali della vita di Fisde

Puoi scaricare i **Moduli** necessari per i rimborsi (es. scheda cure odontoiatriche) e le altre pratiche (es. variazione dati profilo Socio).

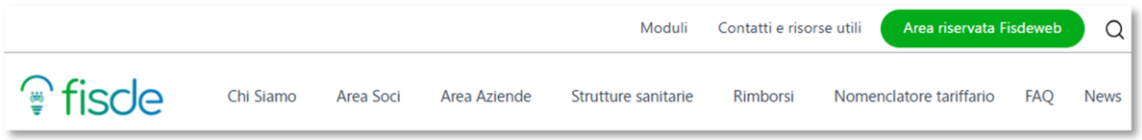
Modalità, documenti e scadenze nelle Guide Fisde per i Soci

- **Guida alle prestazioni** da consultare prima di ogni prestazione
- **Guida Socio straordinario per l'iscrizione e il rinnovo** per sapere chi può diventare Socio straordinario, come iscriversi e quando, la quota annuale e il rinnovo dell'iscrizione
- **Guida familiari a carico** per gli adempimenti necessari in caso di familiari a carico
- **Guida Soci straordinari per reversibilità** per iscrizione, rinnovo e verifica del diritto a rimborsi e prestazioni del familiare con pensione di reversibilità o indiretta a seguito del decesso di Socio ordinario o straordinario

- **Guida Nuovo Socio in servizio** per individuare che tipo di Socio sei, quando si attiva la copertura Fisde e come entrare nella tua Area riservata Fisdeweb
- **Guida Scadenze** per conoscere le scadenze più importanti
- **Guida Rimborsi** per sapere cosa fare per chiedere il rimborso delle prestazioni

Accesso all'Area riservata Fisdeweb

Accedi all'**Area riservata Fisdeweb** dal pulsante in altro a destra su www.fisde.it



Autenticazione a due fattori

Inserisci le tue credenziali:

nome utente: .....

password: .....

La password dovrà essere aggiornata a scadenza automatica (ogni 90 giorni)

Se non hai ancora le tue credenziali o le hai dimenticate, seleziona **Recupero Nome Utente e Password** e inserisci il tuo codice fiscale: il sistema ti invierà le credenziali all'e-mail di utenza (registrata nei tuoi dati anagrafici).

Inserisci l'OTP: arriva sul cellulare che hai abilitato alla verifica

Entra nel tuo profilo Socio della piattaforma dei servizi Fisde per:

- inviare tutte le pratiche
- controllare i dati registrati nel profilo anagrafico, correggerli se necessario e **inserire** nei **CONTATTI** il tuo numero di **cellulare** e la tua **e-mail**
- attivare la copertura Fisde per i familiari a carico
- seguire l'evoluzione e le notifiche dello stato delle richieste di rimborso
- cercare un centro convenzionato per le prestazioni in forma diretta e prenotare online

Area riservata Fisdeweb

Da Intranet Enel puoi entrare direttamente in Fisdeweb.

Le funzioni utili in Fisdeweb

- per inserire la **richiesta di rimborso** usa il pulsante **Nuova Richiesta Forma Indiretta**
- segui **lo stato di lavorazione delle tue richieste di rimborso** selezionando il pulsante **Le tue richieste di rimborso**:
  - **DA INVIARE** hai inserito la richiesta di rimborso ma non hai concluso l'invio (**clicca su INVIA**)
  - **INVIATA** hai completato l'invio della richiesta di rimborso e devi attendere la presa in carico della pratica
  - **ANNULLATA** la pratica non ha seguito perché è stata da te annullata
  - **IN LAVORAZIONE** la pratica è in valutazione
  - **SOSPESA** in fase di lavorazione è emersa la necessità di integrare con ulteriore documentazione: entra nella pratica per verificare il motivo della sospensione e la data, e provvedi all'integrazione necessaria entro 30 giorni (il sistema ti ha già inviato e-mail di avviso)
  - **LAVORATA** le attività di lavorazione sono completate salvo buon fine (in attesa dell'esito finale dei controlli)
  - **POSITIVA** la pratica ha esito positivo ed è in attesa di passare in liquidazione
  - **IN EMISSIONE** la pratica è pronta per la fase di pagamento
  - **IN PAGAMENTO** la pratica è in fase di elaborazione del pagamento
  - **EROGATA** la pratica è pagata, puoi consultare il prospetto che riepiloga i dati del pagamento cliccando su  (colonna a sinistra)
  - **FRANCHIGIA O LIMITI** la pratica non ha seguito perché le spese documentate rientrano in franchigie o superano i limiti previsti dalla normativa
  - **NEGATIVA** la pratica ha avuto esito negativo, entrando nella schermata della pratica puoi verificare la motivazione
- usa i pulsanti corrispondenti per visualizzare direttamente le **Pratiche sospese** e i **Pagamenti Pratiche**
- consulta la rete Fisde delle strutture convenzionate per le prestazioni dirette attraverso **Ricerca per Prestazione** (potrai conoscere anche **l'eventuale eccedenza a tuo carico**) o **Cerca un Centro Convenzionato** e prenota online con **Prenotazione assistenza diretta**
- seleziona il pulsante **Spazio Posta** per inviare:
  - Domanda di accesso alle prestazioni disabili
  - Domanda di accesso prestazioni emergenza sociale
  - Domanda iscrizione Socio straordinario
  - Variazione carico familiare
  - Variazione dati anagrafici

- Fisde per la non autosufficienza
- Richiesta indennità Fisde per la non autosufficienza

- per scaricare il tuo bollettino MAV con la quota annuale di rinnovo entra in **Tesseramenti Soci Straordinari**

- usa il pulsante **Documentazione Fiscale** quando devi trasmettere
  - documentazione attestante familiari a carico dell'anno precedente
  - dichiarazione reddituale per Socio straordinario superstite/reversibilità

- dal pulsante **Download Documenti per la richiesta di rimborso e Certificazioni** scarica
  - riepilogo rimborsi erogati nell'anno precedente
  - l'attestazione del contributo versato per la quota Socio straordinario dell'anno precedente

- **Dati anagrafici e Nucleo familiare** ti permette di entrare direttamente nel tuo profilo per verificare (e modificare se presente l'immagine della matita):
  - componenti del nucleo familiare
  - dati anagrafici
  - dati bancari
  - nome utente ed **e-mail di utenza** (per cambio password o recupero nome utente e password)
  - indirizzo
  - **contatti** (da **inserire e verificare sempre per comunicazioni e avvisi Fisde**): e-mail e cellulare

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

Fisde sul tuo smartphone

La nuova App Fisde

La nuova App Fisde offre un accesso semplice e completo ai servizi Fisde, per gestire l'area personale dallo smartphone.

Tra i servizi disponibili, puoi:

- inviare la nuova richiesta di rimborso con procedura guidata, caricando allegati anche con foto dal cellulare
- leggere rapidamente gli avvisi per ulteriori adempimenti sulle pratiche
- cercare il centro medico convenzionato più vicino in pochi tap
- tenere sotto controllo lo stato delle pratiche e dei bonifici di liquidazione.

Scarica la nuova App Fisde

Scarica da Google play

Scarica su App Store

Il canale Whatsapp di Fisde

Iscriviti al canale Whatsapp per avere novità e aggiornamenti sull'assistenza sanitaria Fisde direttamente sullo smartphone.

Segui il canale Whatsapp di Fisde

clicca qui Segui il canale Whatsapp ufficiale

o inquadra il QR code