



Guida al Piano sanitario Fondo FASA

Fondo Assistenza Sanitaria Alimentaristi

Per **INFORMAZIONI**
e per **PRESTAZIONI RIMBORSUALI**:

Numero del Fondo

06 - 47885379

Orari del Fondo:

09.00 – 16.30 dal lunedì al venerdì

www.fondofasa.it

E-mail dedicata:

info@fondofasa.it

Per attivare le **PRESTAZIONI IN FORMA DIRETTA**
presso le **Strutture sanitarie convenzionate**:

Numero Verde

800 - 009619

Numero Verde dall'estero:

00800 - 39009619

o in alternativa

0039514185619

orari:

8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

In applicazione delle nuove disposizioni del Decreto Legislativo 209/2005 art. 185 "Informativa al contraente" la UniSalute informa che:

- la legislazione applicata al contratto è quella italiana;
- eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

UniSalute S.p.A. - Funzione Reclami Via Larga, 8 - 40138 Bologna
fax 051- 7096892 e-mail reclami@unisalute.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. I reclami indirizzati all'IVASS contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla UniSalute e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Compagnia: www.fondofasa.it. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione delle responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Guida al Piano sanitario

Fondo FASA

Fondo Assistenza Sanitaria Alimentaristi

Questo manuale è stato predisposto in modo da costituire un agile strumento esplicativo;
in nessun caso può sostituire la polizza, del quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali.

Il contratto resta, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

Le prestazioni del Piano sono garantite da:



1. Sommario

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1. | SOMMARIO | 7 |
| 2. | PRESENTAZIONE | 10 |
| 2.1 | SERVIZI ON LINE SU WWW.FONDOFASA.IT | 10 |
| 2.1. | Come faccio a registrarmi al sito www.fondofasa.it per accedere ai servizi nell'Area riservata? | 10 |
| 2.2. | Come posso comunicare la composizione del mio nucleo familiare? | 11 |
| 2.3. | Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate? | 11 |
| 2.4. | Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate? | 12 |
| 3. | INTRODUZIONE..... | 12 |
| 4. | LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA..... | 13 |
| 5. | COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO..... | 14 |
| 5.1. | Come usufruire delle prestazioni del Fondo FASA | 14 |
| 5.2. | Prestazioni in FORMA DIRETTA - strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASA | 14 |
| 5.3. | Prestazioni in FORMA INDIRETTA (rimborsuale) - strutture sanitarie private non convenzionate da UniSalute per il Fondo FASA | 16 |
| 5.4. | Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale | 17 |
| 6. | LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO..... | 19 |
| 6.1. | Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio | 20 |
| 6.2. | Day-hospital a seguito di malattia e infortunio | 22 |
| 6.3. | Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio per prestazioni di dermatologia e oculistica | 22 |
| 6.4. | Trapianti a seguito di malattia e infortunio | 23 |
| 6.5. | Parto e aborto | 23 |
| 6.5.1 | Parto cesareo, aborto spontaneo e terapeutico | 23 |
| 6.5.2 | Parto naturale | 24 |
| 6.6. | Neonati | 24 |
| 6.7. | Anticipo dell'indennizzo | 24 |
| 6.8. | Indennità giornaliera | 25 |
| 6.9. | Il limite di spesa annuo dell'area ricovero | 25 |
| 6.10. | Prestazioni di alta specializzazione | 26 |
| 6.11. | Visite specialistiche e accertamenti diagnostici | 27 |
| 6.12. | Trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio sul lavoro (operante per il solo titolare) | 28 |
| 6.13. | Protesi/ausili medici ortopedici ed acustici | 29 |
| 6.14. | Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero | 29 |
| 6.15. | Implantologia | 31 |
| 6.16. | Prestazioni odontoiatriche ed ortodontiche a seguito di infortunio | 31 |
| 6.17. | Prevenzione odontoiatrica | 32 |
| 6.18. | Prevenzione odontoiatrica | 33 |
| 6.19. | Prestazioni odontoiatriche a tariffe agevolate UniSalute | 33 |
| 6.20. | Prestazioni diagnostiche particolari (copertura operante per titolare e coniuge) | 34 |
| 6.21. | Prestazioni diagnostiche particolari (copertura operante per i figli con età inferiore a 6 anni) | 35 |
| 6.22. | Pacchetto maternità | 35 |
| 6.23. | Prestazioni per maternità a tariffe agevolate UniSalute | 36 |
| 6.24. | Stati di non autofficienza (copertura operante per il solo titolare) | 36 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 6.24.1 | Oggetto della copertura | 36 |
| 6.24.2 | Condizioni di associabilità | 37 |
| 6.24.3 | Somma garantita | 37 |
| 6.24.4 | Definizione dello stato di non autosufficienza | 37 |
| 6.24.5 | Riconoscimento dello stato di non autosufficienza | 38 |
| 6.24.6 | Modalità di rimborso | 40 |
| 6.24.7 | Richiesta di rimborso spese | 40 |
| 6.24.8 | Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza | 41 |
| 6.25. | Servizi di consulenza | 41 |
| 7. | CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO | 42 |
| 8. | ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI | 44 |
| 8.1. | Estensione territoriale | 44 |
| 8.2. | Limiti di età | 44 |
| 8.3. | Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute) | 44 |

2. Presentazione

Con questa Guida intendiamo offrirti un utile supporto per la comprensione e l'utilizzo del Piano sanitario.

All'interno troverai quindi l'indicazione delle modalità da seguire qualora si debba utilizzare una delle prestazioni previste dal Piano Sanitario.

Ti preghiamo di attenerti scrupolosamente a queste modalità, così da poterti assistere con sollecitudine.

2.1 I servizi on line su www.fondofasa.it

L'utilizzo di internet permette di accedere a comodi servizi per velocizzare e semplificare al massimo le operazioni di prenotazione e consultazione dati.

Sul sito www.fondofasa.it all'interno dell'Area riservata all'Iscritto, puoi:

- prenotare direttamente online presso le strutture convenzionate le visite o gli esami previsti dal tuo Piano sanitario e ricevere conferma dell'appuntamento in 24h;
- consultare l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate;

2.1. Come faccio a registrarmi al sito www.fondofasa.it per accedere ai servizi nell'Area riservata?

E' semplicissimo. Basta accedere all'apposita funzione dedicata alla registrazione degli iscritti sul sito del Fondo.

Come faccio a registrarmi al sito e a conoscere la mia Username e Password?

Nella home page del sito www.fondofasa.it accedi alla funzione "Reg. Iscritto" e compila la maschera con i dati richiesti.

Ti verrà inviata una Password all'indirizzo di posta elettronica fornita, la quale potrà modificare al primo accesso.

Ti ricordiamo che per garantire i massimi livelli di sicurezza, la Password, deve contenere numeri e lettere. Inoltre la Password va rinnovata ogni 6 mesi.

Come faccio a recuperare la Password se la dimentico?

Basta cliccare sulla funzione “Recupera password” nella sezione “Login” e inserire i dati richiesti.

2.2. Come faccio a comunicare la composizione del mio nucleo familiare?

Effettua il login all’Area Riservata e accedi alla sezione “Beneficiari”:

- inserisci i dati dei tuoi familiari;
- stampa l’autodichiarazione sottoscritta in ogni sua parte;
- inviarla tramite posta, fax o email insieme a copia di un documento di identità valido del dichiarante.

Perché tutto funzioni correttamente utilizza l’autocertificazione dello stato di famiglia disponibile sul sito. Un corretto e completo inserimento dei dati direttamente online ti permetterà di utilizzare più velocemente i servizi.

Se non hai modo di effettuare la compilazione online, trovi un modulo nella sezione “Modulistica” del sito www.fondofasa.it.

2.3. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?

Una volta effettuato il login all’Area Riservata, basta **accedere alla sezione “Prenotazioni Online”**.

In base alle tue esigenze puoi:

- prenotare direttamente la prestazione compilando l’apposito form;
- visualizzare tutti i dettagli relativi alla tua prenotazione;
- disdire o cambiare una prenotazione.



Conferma prenotazione in 24h

Prenota online e usufruisci del servizio di **prenotazione veloce**: nelle strutture segnalate, **ti comunichiamo la disponibilità dell'appuntamento entro un giorno lavorativo dalla tua richiesta** (via telefono, mail o sms).

2.4. Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate?

Esegui il Login all'Area Riservata e **accedi alla sezione "Prenotazioni Online"**, selezionando l'opzione **"Rete Convenzionata UniSalute"**, potrai visionare tutti i centri convenzionati dislocati sul territorio nazionale.

Seleziona la funzione di tuo interesse per visualizzare le prestazioni del tuo Piano sanitario o l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASA.

3. Introduzione

Scopo di questa guida è quello di illustrare nel dettaglio le prestazioni che fornisce il Piano sanitario del Fondo FASA, in modo da consentire a tutti di utilizzare al meglio le opportunità in esso contenute.

E' interesse di tutti, infatti, evitare situazioni di incertezza che potrebbero, da un lato, portare a richiedere prestazioni in realtà non previste (quindi servizi che non si possono fornire o rimborsare che non si possono effettuare) e dall'altro ad utilizzi non corretti. Ti segnaliamo che, a tal fine, il Fondo FASA ha deciso di affidare il servizio di gestione della copertura sanitaria a società leader in questo campo, in grado non solo di garantire da subito gli strumenti più appropriati per un'efficace ed efficiente gestione ma anche, e soprattutto, di contribuire alla generale crescita del Fondo e delle persone che in essa operano.

Il Fondo FASA, nell'ottica di agevolare quanto più possibile l'Iscritto, ferma restando la piena libertà dello stesso di scegliere le strutture nelle quali accedere alle prestazioni sanitarie, si avvale per alcune coperture della rete di accordi sviluppata dalla Società UniSalute con gran parte dei soggetti che operano nella sanità (case di cura, laboratori di analisi, ecc.) allo scopo di offrire, nella maggior parte dei casi, le prestazioni sanitarie mantenendo il totale costo a proprio carico ed evitando così che l'Iscritto anticipi alcuna somma di denaro.

4. Le persone per cui è operante la copertura

Il Piano Sanitario è prestato a favore dei **lavoratori dipendenti con contratto a tempo indeterminato o con contratto a termine di durata predeterminata pari o superiore a 9 mesi nell'arco dell'anno solare per i quali si applica il C.C.N.L. dell'Industria Alimentare, ai loro coniugi ed ai figli, questi ultimi solo se fiscalmente a carico, risultanti da stato di famiglia regolarmente iscritti al Fondo FASA.**

NB: Si precisa che qualora ci siano due coniugi entrambi dipendenti di Aziende iscritte al Fondo, non potranno essere in alcun modo inseriti come beneficiari dell'altra copertura; i figli fiscalmente a carico invece potranno risultare beneficiari di entrambe le coperture dei genitori.

A completamento della definizione di nucleo si precisa che possono essere inclusi nella presente copertura, previa tassativa compilazione di un'autocertificazione da inviare al Fondo:

- i figli del/della dipendente non presenti sul medesimo stato di famiglia purchè fiscalmente a carico del/della dipendente stesso/a,
- il coniuge non presente sul medesimo stato di famiglia del/della dipendente purchè convivente presso il domicilio del/della dipendente stesso/a;

ogni altro soggetto diverso da quelli sopra indicati (es. convivente "more uxorio", figli non fiscalmente a carico, genitori, fratelli, zii etc.), non può in ogni modo essere incluso nella presente copertura.

5. Come utilizzare le prestazioni del Piano sanitario

5.1. Come usufruire delle prestazioni del Fondo FASA

Qualora l'Isritto necessitasse di cure mediche la forma attivabile si distingue in:

- Prestazioni in **forma diretta** presso le strutture sanitarie private convenzionate da UniSalute per il Fondo FASA;
- Prestazioni in **forma indiretta** (metodo rimborsuale) presso strutture sanitarie private non convenzionate da UniSalute o strutture del SSN.

E' bene infatti chiarire che le prestazioni previste dal Piano sanitario, che verranno successivamente illustrate in modo dettagliato, prevedono differenti modalità di utilizzo di seguito riportate.

5.2. Prestazioni in FORMA DIRETTA - strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASA

UniSalute ha predisposto per gli Isritti al Fondo FASA un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private mediante proprio personale specializzato.

I convenzionamenti prevedono una serie di standard qualitativi che la struttura sanitaria è tenuta a garantire ad UniSalute e agli Isritti al Fondo FASA.

L'elenco sempre aggiornato delle strutture convenzionate è disponibile sul sito www.fondofasa.it.

L'Isritto, **per le prestazioni che lo prevedono**, utilizzando le strutture convenzionate consegue alcuni **vantaggi** rilevanti:

- Non è soggetto ad alcun esborso di denaro poiché i pagamenti delle prestazioni avvengono direttamente tra UniSalute e la struttura sanitaria convenzionata.
- Può utilizzare, per le prenotazioni delle prestazioni garantite dal Piano Sanitario, la funzione di prenotazione on line presente nell'**Area Riservata** del sito www.fondofasa.it che permette di sapere immediatamente se la prestazione che l'Isritto sta

prenotando è coperta dal Piano sanitario e se i medici scelti sono convenzionati. A seguito della richiesta di prenotazione on line, l'iscritto riceverà, a mezzo telefono, mail o sms, comunicazione da parte di UniSalute relativa al buon esito delle prenotazioni medesima. Nell'impossibilità di accedere al sito l'iscritto dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa al numero verde gratuito indicato nel retro copertina;

- L'erogazione delle prestazioni avviene in tempi rapidi e i presidi sanitari sono garantiti in termini di qualità e di efficienza.



Conferma prenotazione in 24h

Prenota online e usufruisci del servizio di **prenotazione veloce**: nelle strutture segnalate, **ti comunichiamo la disponibilità dell'appuntamento entro un giorno lavorativo dalla tua richiesta** (via telefono, mail o sms).

All'atto dell'effettuazione della prestazione (che deve essere preventivamente autorizzata dalla Centrale Operativa), l'iscritto dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante (ove richiesta), e dovrà comunicare le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

L'iscritto dovrà inoltre firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

Attenzione:

Prima di avvalersi delle prestazioni in una struttura convenzionata, occorre consultare il sito www.fondofasa.it nell'Area Riservata. Tale funzionalità on line è estremamente utile perché permette di sapere in modo veloce se la prestazione richiesta è coperta dal Piano sanitario in forma diretta e di conoscere immediatamente se il medico scelto è convenzionato. A seguito della richiesta di prenotazione on line, l'iscritto riceverà, a mezzo telefono, mail o sms, comunicazione relativa al buon esito della prenotazione medesima. Per le prenotazioni presso le Strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo FASA è possibile anche contattare la Centrale Operativa al numero verde gratuito indicato nel retro copertina.

5.3. Prestazioni in FORMA INDIRECTA (rimborsuale) - strutture sanitarie private non convenzionate da UniSalute per il Fondo FASA

Per garantire all'Iscritto la più ampia facoltà possibile di determinare il proprio iter di cura, il Piano sanitario prevede la facoltà dell'Iscritto di avvalersi di strutture sanitarie private non convenzionate.

Il rimborso non sarà integrale, ma con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni.

Per ottenerne il rimborso delle spese sostenute, l'Iscritto dovrà inviare direttamente a Fondo FASA – Via Flavia, 3 – 00187 Roma la documentazione necessaria di seguito indicata.

- Il modulo di richiesta rimborso debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte, scaricabile direttamente dal sito www.fondofasa.it nella sezione “Modulistica”
- in caso di **ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale (non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro);
- in caso di **intervento chirurgico ambulatoriale**, copia completa della documentazione clinica conforme all'originale;

Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero od all'intervento chirurgico ambulatoriale e ad essi connessa, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

- la prescrizione medica in copia contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante in caso di **prestazioni extraricovero**;
- documentazione di spesa (distinte e ricevute) in copia, in cui risulti il quietanziamento. Inoltre, l'Iscritto, a fronte di specifica richiesta del Fondo, dovrà produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, il Fondo, avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il Fondo provvederà a rimborsare l'Isritto direttamente sul suo conto corrente, tenendo conto delle limitazioni (cioè parti della spesa a suo carico) che il piano prevede.

Il pagamento di quanto spettante all'Isritto viene effettuato a cura ultimata, non appena il personale medico addetto avrà potuto vagliare il caso, in base alla documentazione ricevuta e alle informazioni che l'Isritto stesso avrà fornito.

L'Isritto deve consentire eventuali controlli medici, ove siano necessari, e fornire ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

5.4. Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Avvalersi di strutture sanitarie private vuol dire godere di notevoli vantaggi, in termini di professionalità tecnica, comfort nell'accoglienza del paziente e qualità del servizio prestato. Ma non bisogna dimenticare che in Italia il servizio pubblico mette a disposizione dei cittadini anche ottime soluzioni di cura, alcune delle quali veramente convenienti e all'avanguardia.

Nel caso in cui l'Isritto decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., il Piano sanitario interviene nel seguente modo:

- Qualora l'Isritto sostenga delle spese per ticket sanitari, il Piano sanitario rimborsa quanto anticipato con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni;
- Corresponsione in alternativa di un'indennità giornaliera, le cui modalità descriveremo più avanti.

Per ottenerne il rimborso, l'Isritto dovrà inviare direttamente a Fondo FASA – Via Flavia, 3 – 00187 Roma la documentazione necessaria di seguito indicata.

- Il modulo di richiesta rimborso debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte, scaricabile direttamente dal sito www.fondofasa.it
- in caso di **ricovero**, è sufficiente presentare copia della lettera di dimissione; per taluni casi il Fondo potrà sempre richiedere copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale (non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro).
- in caso di **intervento chirurgico ambulatoriale**, copia completa della documentazione clinica conforme all'originale;

Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero od all'intervento chirurgico ambulatoriale e ad essi connessa, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

- la prescrizione medica in copia contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante in caso di **prestazioni extraricovero**;
- documentazione di spesa (distinte e ricevute) in copia, in cui risulti il quietanziamento. Inoltre, l'Isritto, a fronte di specifica richiesta del Fondo, dovrà produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, il Fondo FASA avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

6. Le prestazioni del Piano sanitario

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio per le seguenti prestazioni:

- ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio;
- day-hospital a seguito di malattia e infortunio;
- intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio per prestazioni di dermatologia e oculistica;
- trapianti;
- parto cesareo, aborto terapeutico o spontaneo e parto naturale;
- neonati;
- anticipo dell'indennizzo;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio sul lavoro (*operante per il solo titolare*);
- protesi/ausili medici ortopedici ed acustici;
- interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;
- implantologia;
- prestazioni odontoiatriche ed ortodontiche a seguito di infortunio;
- prevenzione odontoiatrica;
- prevenzione odontoiatrica (*operante per i figli con età inferiore a 6 anni*);
- prestazioni odontoiatriche a tariffe agevolate UniSalute;
- prestazioni diagnostiche particolari (*operante per titolare e coniuge*);
- prestazioni diagnostiche particolari (*operante per i figli con età inferiore a 6 anni*);
- pacchetto maternità;
- prestazioni per maternità a tariffe agevolate UniSalute;
- stati di non autofficienza (*operante per il solo titolare*);
- servizi di consulenza.

6.1. Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento, il solo accesso di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

Qualora l'iscritto venga ricoverato per effettuare cure mediche o chirurgiche può godere delle seguenti prestazioni:

| | |
|--|---|
| Pre-ricovero | Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 150 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. |
| Intervento Chirurgico | Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio), diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi. |
| Assistenza medica, medicinali, cure | Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. <i>Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella copertura i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.</i> |
| Rette di degenza | Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie. |

| | |
|------------------------------|--|
| <p>Accompagnatore</p> | <p>Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.</p> <p>La copertura è prestata nel limite di € 70,00 al giorno per ogni giorno di ricovero.</p> |
| <p>Post-ricovero</p> | <p>Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 180 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. I trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella copertura nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.</p> |

→ Si precisa che per la presente garanzia non è prevista alcuna forma di indennizzo in forma diretta presso le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASA, qualora l'iscritto si rivolga a tali strutture, le spese verranno rimborsate come previsto al punto "In caso di utilizzo di strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate".

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie private non convenzionate**

Le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate con uno scoperto del **30%**, ad eccezione della copertura "Accompagnatore" che prevede specifici limiti.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la copertura prevista al paragrafo 6.8 “Indennità giornaliera”.

Qualora l’Iscritto sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, verrà rimborsato integralmente quanto anticipato dall’Iscritto nei limiti previsti nei diversi punti, **in questo caso non verrà corrisposta l’indennità giornaliera.**

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell’Iscritto, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato al punto “Prestazioni in strutture sanitarie private non convenzionate”.

6.2. Day-hospital a seguito di malattia e infortunio

Per day-hospital si intende il ricovero in Istituto di cura in regime di degenza diurna. La copertura è operante in caso di:

- day-hospital **con intervento chirurgico;**
- day-hospital **medico eseguito per cure e terapie di patologie oncologiche.**

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al paragrafo 6.1 “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” con i relativi limiti in esso indicati.

Sono esclusi invece dalla presente copertura tutti i day-hospital medici diversi da quelli per cure e terapie di patologie oncologiche.

6.3. Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio per prestazioni di dermatologia e oculistica

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale **per prestazioni di dermatologia e oculistica**, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al paragrafo 6.1. “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” punti “Pre-ricovero”, “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure” e “Post-ricovero” con i relativi limiti in essi indicati.

- In caso di interventi ambulatoriali per prestazioni di dermatologia la copertura opererà in presenza di situazioni patologiche refertate dallo specialista che esegue la prestazione (es. esame istologico per i nei etc..).
- In caso di intervento per la correzione della miopia tramite metodica laser, la copertura opererà soltanto in presenza di un difetto della capacità visiva risultante dallo specchio dell'oculista e riportante l'indicazione delle diottrie.

6.4. Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Piano sanitario liquida le spese previste al paragrafo 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" con i relativi limiti in esso indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, il Piano sanitario copre le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

6.5. Parto e aborto

6.5.1 Parto cesareo, aborto spontaneo e terapeutico

In caso di parto cesareo, aborto spontaneo e terapeutico il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al paragrafo 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" punti "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure", "Retta di degenza", "Accompagnatore" e "Post-ricovero" con i relativi limiti in essi indicati.

La copertura è prestata fino ad un massimo di **€ 5.000,00** per anno e per persona, da intendersi come sottolimito dell'importo riportato al successivo paragrafo 6.9 "Il limite di spesa annuo dell'area ricovero"

6.5.2 Parto naturale

In caso di parto naturale, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al paragrafo 6.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” punti “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure”, “Retta di degenza”; relativamente alle prestazioni “Post-ricovero” vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al paragrafo 6.1 “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”, punto “Post-ricovero” con i relativi limiti in esso indicato.

La copertura è prestata fino ad un massimo di **€ 3.000,00** per anno e per persona, da intendersi come sottolimito dell’importo riportato al successivo paragrafo 6.9 “Il limite di spesa annuo dell’area ricovero”

6.6. Neonati

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per interventi effettuati nel primo anno di vita del neonato per la **correzione di malformazioni congenite**, comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell’accompagnatore nell’istituto di cura o in una struttura alberghiera per il periodo del ricovero.

6.7. Anticipo dell’indennizzo

Nel solo caso di **ricovero con intervento chirurgico in strutture sanitarie private**, fermi restando i limiti previsti ai singoli punti, è data facoltà all’Iscritto di richiedere un anticipo sulle spese già sostenute e documentate **in misura non superiore al 70% delle stesse**, previa contestuale presentazione al Fondo FASA, di certificazione attestante la necessità dell’intervento chirurgico, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare totale delle spese sanitarie.

Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule di spesa e della documentazione relativa al ricovero come previsto al paragrafo 6.1 “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”, si procederà al relativo conguaglio.

6.8. Indennità giornaliera

L'iscritto, qualora non richieda alcun rimborso, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto alle seguenti indennità:

- **€ 50,00** per i **ricoveri medici o chirurgici e per i day-hospital chirurgici** e sarà corrisposta a partire dal primo giorno di degenza per un periodo non superiore a **90** giorni per evento.
- **€ 50,00** per i **day-hospital per cure e terapie di patologie oncologiche** e sarà corrisposta a partire dal primo giorno per un massimo di **30** giorni per evento.

NB: Sono esclusi dall'indennità tutti i day-hospital medici diversi da quelli per cure e terapie di patologie oncologiche.

- **€ 70,00** per i ricoveri per **parto cesareo, aborto spontaneo o terapeutico e parto naturale**, e sarà corrisposta a partire dal primo giorno di degenza per un periodo non superiore a **90** giorni per evento.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura **comportante pernottamento**: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere l'importo suindicato **per ogni notte** trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

6.9. Il limite di spesa annuo dell'area ricovero

Il Piano sanitario prevede un limite di spesa annuo che ammonta a **€ 20.000,00** per anno e per persona. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta, non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni per la suddetta tipologia.

6.10. Prestazioni di alta specializzazione

Il Piano sanitario prevede il pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere:

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici “anche in digitale”)

- | | |
|------------------------------|---|
| - Angiografia | - Galattografia |
| - Artrografia | - Isterosalpingografia |
| - Broncografia | - Linfografia |
| - Chemioterapia | - Mielografia |
| - Cisternografia | - Retinografia |
| - Cistografia | - Risonanza |
| - Cistouretrografia | - Rx esofago con mezzo di contrasto |
| - Clisma opaco | - Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto |
| - Cobaltoterapia | - Rx tenue e colon con mezzo di contrasto |
| - Colangiografia intravenosa | - Scialografia |
| - Colangiografia percutanea | - Scintigrafia |
| - Colangiografia trans Kehr | - Splenoportografia |
| - Colecistografia | - Urografia |
| - Dacriocistografia | - Vesciculodeferentografia |
| - Defecografia | - Videoangiografia |
| - Dialisi | - TAC |
| - Elettroencefalografia | - Wirsungrafia |
| - Fistelografia | |
| - Flebografia | |
| - Fluorangiografia | |

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie private non convenzionate**

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 20,00** per ogni prestazione.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 20,00** per ogni prestazione.

→ Si precisa che per la presente garanzia non è prevista alcuna forma di indennizzo in forma diretta presso le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASA, qualora l'iscritto si rivolga a tali strutture, le spese verranno rimborsate come previsto al punto “In caso di utilizzo di strutture sanitarie private non convenzionate”.

Per ottenere il rimborso dal Fondo FASA, è necessario che l'Isritto alleggi alla copia della fattura o del ticket la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 15.000,00 per persona.

6.11. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita, e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie private non convenzionate**

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di:

- € 35,00 per ogni **visita specialistica**;
- € 45,00 per ogni **accertamento diagnostico**.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 20,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

→ Si precisa che per la presente garanzia non è prevista alcuna forma di indennizzo in forma diretta presso le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASA, qualora l'Isritto si rivolga a tali strutture, le spese verranno rimborsate come previsto al punto "In caso di utilizzo di strutture sanitarie private non convenzionate".

Per ottenere il rimborso da parte del Fondo FASA, è necessario che l'iscritto alleggi alla copia della fattura o del ticket la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 5.000,00 per persona.

6.12. Trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio sul lavoro (operante per il solo titolare)

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, **solo a seguito di infortunio sul lavoro**, esclusivamente a fini riabilitativi, **in presenza sia del certificato di Pronto Soccorso sia della denuncia dell'infortunio che il Datore di lavoro ha presentato all'INAIL**, sempreché siano prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie private non convenzionate**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 40,00** per fattura.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 40,00** per ticket.

→ Si precisa che per la presente garanzia non è prevista alcuna forma di indennizzo in forma diretta presso le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASA, qualora l'iscritto si rivolga a tali strutture, le spese verranno rimborsate come previsto al punto "In caso di utilizzo di strutture sanitarie private non convenzionate".

Per ottenere il rimborso, è necessario che l'iscritto alleggi alla copia della fattura o del ticket, copia della richiesta del medico curante contenente la patologia come sopra indicato con la specifica del numero di sedute e del tipo di fisioterapia richiesta, copia del certificato di Pronto Soccorso e copia della denuncia di infortunio .

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 800,00 per persona.

6.13. Protesi/ausili medici ortopedici ed acustici

Il Piano sanitario rimborsa le spese per l'acquisto o il noleggio di protesi ortopediche. Rientrano in copertura anche gli ausili medici ortopedici ed acustici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripodi, plantari, apparecchi acustici, ecc.

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con un minimo non indennizzabile di **€ 70,00** per fattura/persona.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 500,00 per persona.

6.14. Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero

Il Piano sanitario liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici odontoiatrici conseguenti alle seguenti patologie:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso;
- cisti follicolari;
- cisti radicolari;
- adamantinoma;
- odontoma;
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare.

Solo in tali casi è previsto il rimborso delle spese dell'intervento di implantologia dentale necessario a completamento dell'intervento.

→ La presente copertura è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASA ed effettuate da medici convenzionati e in caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Nessun rimborso è previsto se le prestazioni vengono effettuate in regime privato presso Centri non convenzionati con Unisalute.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASA ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da UniSalute per il Fondo FASA, alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Isritto.

Per l'attivazione della garanzia in strutture sanitarie convenzionate, il dentista convenzionato dovrà produrre, tramite la procedura concordata con UniSalute, la seguente documentazione medica necessaria al fine di ottenere l'erogazione in forma diretta, tale documentazione consisterà in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
 - radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.
- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Nel caso in cui l'Isritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **20%**.

Per l'attivazione della garanzia in SSN sarà necessaria una certificazione medica contenente la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa o il modulo "Interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero" scaricabile dal sito www.fondofasa.it sezione "Modulistica" da compilare a cura del medico odontoiatra.

La **documentazione medica necessaria** per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie originali su lastra o su cd, e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie originali su lastra o su cd, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 3.800,00 per persona.

6.15. Implantologia

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle prestazioni per impianti osteointegrati e le relative corone fisse.

La copertura opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento provvisorio, l'elemento definitivo e il perno moncone relativi all'impianto/i.

→ La presente copertura è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASA ed effettuate da medici convenzionati.

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASA, per il tramite di UniSalute, alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Iscritto. Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare la disponibilità annua prevista, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

Il limite di spesa annuo per la presente garanzia è di € 1.100,00 per nucleo familiare.

Viene previsto un sottolimito annuo per nucleo familiare di € 700,00 nel caso di applicazione di due impianti e un sottolimito pari a € 350,00 nel caso di applicazione di un impianto.

Si precisa che, qualora nella medesima annualità, dopo l'applicazione di un impianto si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottolimito di € 700,00 al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

6.16. Prestazioni odontoiatriche ed ortodontiche a seguito di infortunio

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:

- radiografie originali su lastra o su cd, e referti radiologici;
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

→ La presente copertura è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASA ed effettuate da medici convenzionati e in caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Nessun rimborso è previsto se le prestazioni vengono effettuate in regime privato presso Centri non convenzionati con Unisalute.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASA ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASA, per il tramite di UniSalute, alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Isritto.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Nel caso in cui l'Isritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente entro il limite previsto.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 500,00 per persona.

6.17. Prevenzione odontoiatrica

In deroga a quanto previsto al capitolo 7 "Casi di non operatività del piano" al punto b), il Piano sanitario prevede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari **fruibile una volta l'anno esclusivamente in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASA indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione**. Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto" sotto indicate sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati

patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

- **Visita specialistica odontoiatrica;**
- **Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.**

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Isritto, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con UniSalute la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno associativo, UniSalute provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

Restano invece a carico dell'Isritto, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi, ecc... a tal proposito vedere di seguito il paragrafo 6.19.

6.18. Prevenzione odontoiatrica

(copertura operante per i figli con età inferiore a 6 anni)

In deroga a quanto previsto al capitolo 7 "Casi di non operatività del piano" al punto b), il Piano sanitario provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari **fruibile una volta l'anno esclusivamente in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASA** indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- **Visita specialistica odontoiatrica;**
- **Fluorazione.**

Restano invece a carico dell'Isritto, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc..., a tal proposito vedere di seguito il paragrafo 6.19.

6.19. Prestazioni odontoiatriche a tariffe agevolate UniSalute

Qualora una prestazione non sia ricompresa nelle prestazioni odontoiatriche di cui sopra perché non prevista dal Piano sanitario, per esaurimento del limite di spesa annuo, o perché inferiore al minimo non indennizzabile, e rimanga pertanto a totale carico

dell'Isritto, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Isritti al Fondo FASA con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

6.20. Prestazioni diagnostiche particolari

(copertura operante per titolare e coniuge)

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate **effettuate una volta l'anno esclusivamente in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASA indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione**. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- **urine: esame chimico, fisico e microscopico**
- **feci: ricerca del sangue occulto**
- **elettrocardiogramma di base**

Prestazioni previste per gli uomini una volta ogni due anni a partire dal compimento dei 45 anni

- PSA (specifico antigene prostatico)

Prestazioni previste per le donne una volta ogni due anni a partire dal compimento dei 35 anni

- pap test
- mammografia *(solo con presentazione della prescrizione del medico curante)*

6.21. Prestazioni diagnostiche particolari

(copertura operante per i figli con età inferiore a 6 anni)

Il Piano sanitario provvede al pagamento della prestazione sotto elencata effettuata **una volta l'anno esclusivamente in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASA indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione**. La prestazione prevista, nata per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede sia particolarmente opportuna per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

- **visita specialistica oculistica.**

6.22. Pacchetto maternità

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle seguenti prestazioni:

- **n°4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a n°6 per gravidanza a rischio);**
- **ecografie;**
- **analisi clinico chimiche;**
- **amniocentesi o villocentesi: per le donne di età \geq 35 anni tali prestazioni sono erogabili senza prescrizione mentre per le donne di età $<$ 35 anni sono riconosciute solo nel caso di malformazione famigliare in parenti di 1°grado o nel caso di patologie sospette.**

La presente copertura è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASA ed effettuate da medici convenzionati e in caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Nessun rimborso è previsto se le prestazioni vengono effettuate in regime privato presso Centri non convenzionati con Unisalute.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASA ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritta vengono liquidate direttamente dal Fondo FASA, per il tramite di UniSalute, alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Iscritta.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Nel caso in cui l'Iscritta si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 500,00 per persona.

6.23. Prestazioni per maternità a tariffe agevolate UniSalute

Qualora una prestazione non sia ricompresa nelle prestazioni del pacchetto maternità di cui sopra perché non prevista dal Piano sanitario, per esaurimento del limite di spesa annuo o perché inferiore al minimo non indennizzabile e rimanga a totale carico dell'Iscritta, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti al Fondo FASA con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

6.24. Stati di non autofficenza (copertura operante per il solo titolare)

6.24.1 Oggetto della copertura

Il Piano sanitario garantisce il **rimborso delle spese sanitarie ed assistenziali** per un valore corrispondente alla somma garantita all'Iscritto (**avente la qualità di Titolare**) quando questi si trovi, **in un momento successivo alla data di decorrenza del Piano sanitario**, in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo punto 6.24.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza".

6.24.2 Condizioni di associabilità

Ai fini dell'operatività della copertura, le persone iscritte non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non associabilità:

1. avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi;
2. aver diritto, aver richiesto o percepire una pensione di invalidità, o una rendita per incapacità permanente che corrisponda ad un livello di incapacità superiore al **25%**;
3. presentare malattie, postumi di malattie o di infortuni precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale;
4. essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.

6.24.3 Somma garantita

La **somma mensile** garantita nel caso in cui l'iscritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo punto 6.24.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a **€ 1.000,00 da corrispondersi per una durata massima di 3 anni**.

6.24.4 Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'iscritto il cui stato di salute venga giudicato **"consolidato"** e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale);
- nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile);

- spostarsi (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio);
 - coprirsi (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali);
- e necessari in modo costante:
- o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
 - o di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza.

Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Iscritto che sia affetto da demenza senile invalidante o dalla malattia di Alzheimer, accertata da un referto medico redatto successivamente all'esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status Esame di Folstein) e necessari in modo costante:

- di un soggiorno in ospedale psichiatrico riconosciuto dal Servizio Sanitario Nazionale;
- dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio.

6.24.5 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza

Entro 60 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi del punto 6.24.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza", l'Iscritto, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Iscritto stesso.

Il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, indirizzato a: **Fondo FASA Via Flavia, 3 – 00187 Roma**, dovrà contenere un certificato del medico curante o del medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Iscritto e la data della sua sopravvenienza. Dovrà inoltre precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni.

In risposta UniSalute, per il tramite del Fondo, invierà un questionario al medico curante o ospedaliero tramite l'Iscritto o un suo rappresentante.

Tale questionario dovrà essere compilato dal medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente del malato. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati.

In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein).

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto 6.24.4 “Definizione dello stato di non autosufficienza”, se l’Iscritto è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto 6.24.4 “Definizione dello stato di non autosufficienza”, se l’Iscritto è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d’ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell’Iscritto, dovrà essere inviata a UniSalute per il tramite del Fondo FASA.

La suddetta documentazione, verrà visionata e si valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell’Iscritto sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell’Iscritto.

UniSalute, per il tramite del Fondo FASA, avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell’Iscritto da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all’effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato da UniSalute, per il tramite del Fondo FASA, quando:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustifichino l'aggravarsi dello stato di salute dell'Isritto intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione;
- il contratto sia ancora in vigore.

Il diritto dell'Isritto al riconoscimento di quanto previsto nella presente copertura, con le modalità di cui al punto 6.24.7 "Richiesta di rimborso spese" decorre dal momento in cui la UniSalute considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Isritto.

6.24.6 Modalità di rimborso

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte di UniSalute, per il tramite del Fondo FASA, secondo le condizioni del punto 6.24.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Isritto, che si trovi in stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma garantita - entro i limiti previsti al punto 6.24.3 "Somma garantita" - nelle forma di seguito indicata e dettagliata al successivo punto 6.24.7

- **rimborso delle spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza (su presentazione di fatture, ricevute in originale o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro).** L'erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui UniSalute, per il tramite del Fondo FASA, considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza dell'Isritto.

6.24.7 Richiesta di rimborso spese

In caso di richiesta di rimborso spese il fascicolo, indirizzato a **Fondo FASA - Via Flavia, 3 – 00187 Roma**, dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- la copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero;
- ovvero
- i certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extra-ricovero.

Dovrà inoltre allegare le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni

di assistenza sanitaria, o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro.

Il pagamento di quanto spettante all'Iscritto viene effettuato su presentazione ad UniSalute, per il tramite del Fondo FASA, della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre l'Iscritto, a fronte di specifica richiesta da parte di UniSalute, per il tramite del Fondo FASA, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

6.24.8 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

UniSalute, per il tramite del Fondo FASA, si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Iscritto, a controlli presso l'Iscritto e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Iscritto.

In caso di rifiuto da parte dell'Iscritto di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso dalla data della richiesta di UniSalute, per il tramite del Fondo FASA.

6.25. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-009619** Numero Verde dall'estero **00800-39009619** o in alternativa **0039514185619** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;

- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASA.

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Iscritto necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

7. Casi di non operatività del piano

Sono in ogni caso escluse dalla copertura le spese per:

- a) L'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del Piano;
- b) Qualsiasi trattamento avente mera finalità di controllo routinario e/o prevenzione, salvo quanto previsto ai paragrafi 6.17 e 6.18 "Prevenzione odontoiatrica" 6.19 e 6.20 "Prestazioni diagnostiche particolari" e al paragrafo 6.22 "Pacchetto maternità";
- c) Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- d) La semplice correzione di difetti visivi con trattamento laser eccetto quelli finalizzati alla correzione della miopia come previsto al paragrafo 6.3 "Intervento chirurgico ambulatoriale per prestazioni di dermatologia e oculistica";
- e) L'intervento per deviazione del setto nasale, se non a seguito di evento traumatico, anche se associato ad ipertrofia dei turbinati o poliposi;

- f) Cure e trattamenti terapeutici non fruiti in regime di ricovero, nei 180 giorni successivi allo stesso o a seguito di infortunio sul lavoro;
- g) Tutte le prestazioni afferenti ad una fecondazione non fisiologica (assistita);
- h) Infortuni derivanti da atti dolosi dell'Isritto (è operante invece per gli infortuni derivanti da imprudenze e negligenze anche gravi);
- i) Infortuni ed intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- j) Aborto volontario non terapeutico;
- k) Prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio) e/o non conseguenti a patologia;
- l) Trattamenti sclerosanti;
- m) I trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali, medicinali e vaccini (salvo quanto previsto al paragrafo 6.12 "Trattamenti fisioterapici da infortunio sul lavoro" e al punto "Post ricovero" di cui al paragrafo 6.1 "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio");
- n) Le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o trasmutazione dell'atomo, naturali o provocate e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopiradioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.)
- o) Le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- p) Prestazioni rese a persone affette da infermità mentali, alcolismo, tossicodipendenza e relative alle cause ed alle conseguenze di tali infermità;
- q) Le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

La Centrale Operativa è in ogni caso a disposizione degli Isritti per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi in merito a situazioni di non immediata definibilità.

8. Alcuni chiarimenti importanti

8.1. Estensione territoriale

Il Piano sanitario ha validità in tutto il mondo.

8.2. Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del **75°** anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare il Piano sanitario cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare. Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il **75°** anno di età, il Piano sanitario cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Iscritto.

8.3. Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASA

Le strutture sanitarie convenzionate rilasciano all'Isritto copia della documentazione di spesa, anche se l'intero importo della prestazione viene pagato direttamente dal Fondo FASA alle strutture stesse.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate

La documentazione di spesa ricevuta in copia, viene conservata e allegata alle richieste di rimborso come previsto per legge. Qualora il Fondo FASA dovesse richiedere all'Isritto la produzione degli originali verrà restituita, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

La documentazione allegata alla richiesta di rimborso (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, cartelle cliniche, ecc.....) deve essere inviata in copia. UniSalute potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale. Ricordiamo che nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, UniSalute ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.



Fondo Assistenza Sanitaria Alimentaristi

FASA

www.fondofasa.it