



Guida al Piano Sanitario

F.A.S.I.V. Fondo Assistenza Sanitaria
Integrativa Vigilanza Privata



Servizio di consulenza ai clienti

**Numero Verde
800-885785**

dall'estero: prefisso per l'Italia
+ 051-6389046

orari:
8,30 - 19,30 dal lunedì al venerdì

Per tutte le prestazioni dell'Area
Ricovero è **OPPORTUNO** contattare
preventivamente il numero sopra
indicato.

In applicazione delle nuove disposizioni del Decreto Legislativo 209/2005 art.185 "Informativa al contraente" la Società 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 del Gomito, 1 - 40127 Bologna
fax 051- 6386125 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'ISVAP, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. I reclami indirizzati all'ISVAP 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 Società 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.unisalute.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 Fasiv

Questo manuale è stato predisposto in modo da costituire un agile strumento esplicativo; in nessun caso può sostituire il contratto, 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:

UNISALUTE



1. Sommario

2.	PRESENTAZIONE	6
3.	INTRODUZIONE	6
4.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	7
5.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	7
5.1.	Per prima cosa contattare il Fondo Fasiv	7
5.2.	Prestazioni in strutture convenzionate con il Fondo Fasiv attraverso la Società UniSalute.....	7
5.3.	Prestazioni in strutture non convenzionate	9
5.4.	Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale.....	10
5.5.	Professione intramuraria	11
6.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	11
6.1	Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per grande intervento chirurgico	12
6.2	Trasporto sanitario a seguito di grande intervento chirurgico.....	14
6.3	Trapianti a seguito di malattia e infortunio	14
6.4	Neonati - figli di Iscritti.....	14
6.5	Indennità sostitutiva per grande intervento chirurgico	14
6.6	Il limite di spesa annuo dell'aera ricovero.....	15
6.7	Prestazioni di alta specializzazione.....	15
6.8	Visite specialistiche	16
6.9	Ticket sanitari per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso	17
6.10	Pacchetto maternità	17
6.11	Cure dentarie da infortunio	18
6.12	Prestazioni di implantologia	18
6.13	Prestazioni odontoiatriche particolari	19
6.14	Prestazioni diagnostiche particolari	19
6.15	Inabilità temporanea per gravi eventi morbosi	21
6.16	Servizi di consulenza	22
7.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	22
8.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI.....	24
8.1	Estensione territoriale	24
8.2	Limiti di età	24
8.3	Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)	24
9.	STRUTTURE CONVENZIONATE CON IL FONDO FASIV ATTRAVERSO UNISALUTE	24
	ALLEGATO A - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	25
	ALLEGATO B - ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI	26
	MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO E INFORMATIVA PRIVACY AL CENTRO GUIDA	

2. Presentazione

Con la "Guida al piano sanitario Fondo Fasiv" intendiamo offrirLe un utile supporto per la comprensione e l'utilizzo del Piano.

Il nostro obiettivo è di fornirLe un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della Sua collaborazione.

All'interno della guida troverà quindi l'indicazione delle modalità da seguire qualora debba utilizzare il Piano.

La preghiamo di attenersi scrupolosamente a queste modalità, così da poterLa assistere con la sollecitudine che ci è propria.

3. Introduzione

Scopo di questa guida è quello di illustrare nel dettaglio le prestazioni che fornisce il Piano sanitario del Fondo Fasiv, 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 rimborsi che non si possono effettuare) e dall'altro ad utilizzi non corretti che potrebbero, in futuro, incidere negativamente sull'andamento economico generale del Piano. Vi segnaliamo che, a tal fine, il Fondo Fasiv 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 Fasiv, nell'ottica di agevolare quanto più possibile l'Isritto, ferma restando la piena libertà dello stesso di scegliere le strutture nelle quali accedere alle prestazioni sanitarie, si avvale 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'Isritto anticipi alcuna somma di denaro, ad eccezione di minimi non indennizzabili previsti alle singole garanzie.

Tale meccanismo è in grado di garantire ulteriormente forti sconti e agevolazioni agli Isritti, anche per le prestazioni che non siano coperte dalle garanzie del piano sanitario Fondo Fasiv.

4. Le persone per cui è operante la copertura

La copertura è prestata a favore dei dipendenti iscritti al Fondo Fasiv in applicazione del CCNL istitutivo del Fondo Fasiv stesso.

5. Come utilizzare le prestazioni del Piano Sanitario

5.1. Per prima cosa contattare il Fondo Fasiv

Quando uno degli Iscritti ha bisogno di cure mediche o esami occorre che contatti al più presto possibile la Centrale Operativa al numero verde 800-885785.

Gli Operatori e i Medici della Centrale Operativa sono a Sua disposizione per verificare la compatibilità delle prestazioni richieste con il Piano Sanitario.

Qualora la prestazione richiesta non fosse compresa nel piano sanitario, i medici sono a disposizione per aiutare l'Iscritto a scegliere percorsi di diagnosi e cura alternativi ed egualmente soddisfacenti.

Nel caso in cui motivi di urgenza impediscano il preventivo ricorso alla Centrale Operativa sarà bene farlo al più presto, avendo cura, nel frattempo, di raccogliere la maggior documentazione possibile sugli eventi relativi a quello specifico iter di cura (prescrizioni mediche, cartelle cliniche, fatture).

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

5.2. Prestazioni in strutture convenzionate con il Fondo Fasiv attraverso la Società UniSalute

Il Fondo Fasiv, tramite la Società, ha predisposto per gli iscritti 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 alla Società, e dunque agli Iscritti al Fondo Fasiv.

L'Iscritto, 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 il Fondo Fasiv, la Società e la struttura convenzionata, ad eccezione di somme minime non indennizzabili ove previste;

- Può utilizzare per le prenotazioni delle prestazioni garantite dal Piano Sanitario la centrale operativa, contattabile mediante il numero verde gratuito 800-885785;
- L'erogazione delle prestazioni avviene in tempi rapidi e in presidi sanitari di cui la Società, e dunque il Fondo Fasiv, garantiscono i livelli di qualità e di efficienza.

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

- In caso di ricovero per grande intervento chirurgico dovrà inoltre sottoscrivere il modulo contenente gli impegni da Lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e, all'atto delle dimissioni, la documentazione di spesa (fatture e ricevute).
- All'atto della dimissione dall'istituto di cura non dovrà far altro che firmare un modulo contenente l'elenco dei servizi ricevuti e lasciare la richiesta del suo medico di fiducia, così che possa essere unita alla documentazione. Sarà il Fondo Fasiv, per il tramite della Società, ad occuparsi del pagamento e di ogni altra questione che dovesse presentarsi (escluse le spese non strettamente relative alla degenza: come telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc. che vengono pagate direttamente dall'Isritto).
- Il Fondo Fasiv, per il tramite della Società, provvederà a pagare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate con i limiti poc'anzi enunciati e per le garanzie che prevedono l'utilizzo della rete di Strutture Convenzionate.
- In caso di **prestazione extraricovero**, l'Isritto dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

L'isritto dovrà sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano Sanitario, o nel caso di garanzie che prevedono specifici minimi non indennizzabili, argomenti che affronteremo in dettaglio più avanti.

Attenzione:

Prima di avvalersi delle prestazioni in una struttura convenzionata, occorre accertarsi sempre, tramite gli operatori della Centrale Operativa, che i medici scelti all'interno della struttura abbiano aderito alla convenzione con il Fondo Fasiv. È sufficiente contattare la Centrale Operativa per avere quest'informazione o il nominativo di medici in alternativa.

5.3. Prestazioni in strutture non convenzionate

Per garantire all'Iscritto la più ampia facoltà possibile di determinare il proprio iter di cura, il Piano Sanitario prevede anche la facoltà dell'Iscritto di avvalersi di strutture sanitarie private non convenzionate con il Fondo Fasiv tramite la Società.

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

All'atto delle dimissioni l'Iscritto dovrà saldare le fatture e le note spese.

Per ottenerne il rimborso, l'Iscritto deve inviare direttamente al Fondo Fasiv (presso UNISALUTE - VIA DEL GOMITO, 1 - 40127 BOLOGNA) la documentazione necessaria di seguito indicata.

- Il modulo di richiesta rimborso debitamente compilato in ogni sua parte, scaricabile direttamente dal sito www.fasiv.it;
- Copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale in caso di ricovero per grande intervento chirurgico. Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero, ad esso connesse, 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.

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

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 disposti dal Fondo e fornire allo stesso 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.

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.

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 predispone due soluzioni, tra loro in alternativa, per il recupero delle spese che dovessero essere comunque effettuate all'interno delle strutture pubbliche:

- Qualora l'Isritto sostenga delle spese per trattamento alberghiero - in caso di ricovero per grande intervento chirurgico - o per ticket sanitari, il Piano Sanitario rimborsa integralmente quanto anticipato dall'Isritto;

Per ottenerne il rimborso, l'Isritto deve inviare la documentazione necessaria (copie della fatture e/o ricevute fiscali) al seguente indirizzo:

- Fondo Fasiv (presso UNISALUTE - VIA DEL GOMITO, 1 - 40127 BOLOGNA).
- nel solo caso di richiesta di rimborso per ticket sanitari per prestazioni extra ricovero occorre inviare la documentazione a: Fondo Fasiv, VIA SICILIA 50 - 00187 ROMA,

- Corresponsione in alternativa di un'indennità sostitutiva giornaliera in caso di ricovero per grande intervento chirurgico, le cui modalità descriveremo più avanti (par. 6.5).

5.5. Professione intramuraria

Una recente normativa dello Stato prevede la creazione di reparti a pagamento anche negli ospedali pubblici. Se, quindi, il ricovero in un ospedale pubblico avviene con questa formula, il costo rimane a carico del paziente. Il Fondo, però, rimborserà le prestazioni con modalità varianti a seconda che il reparto a pagamento della struttura pubblica sia convenzionato o meno con il Fondo Fasiv tramite la Società. Nei due casi valgono le norme appena esposte (par. 5.2 e 5.3).

6. Le prestazioni del Piano Sanitario

Il Piano Sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto dopo la data di effetto del piano sanitario per le seguenti prestazioni:

- **RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO, INTENDENDO PER TALI QUELLI ELENCATI AL SUCCESSIVO ALLEGATO A;**
- **PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE;**
- **VISITE SPECIALISTICHE;**
- **TICKET SANITARI PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO;**
- **PACCHETTO MATERNITÀ;**
- **CURE DENTARIE DA INFORTUNIO;**
- **PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA DENTALE;**
- **PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI;**
- **PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI;**
- **INABILITÀ TEMPORANEA PER GRAVI EVENTI MORBOSI, INTENDENDO PER TALI QUELLI ELENCATI AL SUCCESSIVO ALLEGATO B;**
- **SERVIZI DI CONSULENZA.**

6.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

Per grandi interventi chirurgici si intendono quelli elencati al successivo allegato A.

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

Qualora l'Isritto venga ricoverato per un grande intervento chirurgico, può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
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, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.
Rette di degenza	Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con il Fondo Fasiv attraverso la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 300,00 al giorno.
Accompagnatore	Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con il Fondo Fasiv attraverso la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero. La presente garanzia è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

<p style="text-align: center;">Post-ricovero</p>	<p>Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi, effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente diretta in strutture sanitarie e con personale convenzionato con il Fondo Fasiv attraverso la Società.</p> <p>Per i medicinali, prestazioni infermieristiche e cure termali, la garanzia è prestata in forma esclusivamente rimborsali. Nel caso in cui l'Isritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto.</p>
--	--

Nel caso di utilizzo di *strutture convenzionate* con il Fondo Fasiv tramite la Società ed effettuate da *medici convenzionati*, le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo Fasiv per il tramite della Società alle strutture stesse, ad eccezione della garanzia "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevede specifici limiti.

In caso di ricovero in *strutture non convenzionate* con il Fondo Fasiv tramite la Società, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nella misura dell'80% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a € 2.000,00, ad eccezione delle garanzie "Retta di degenza", "Accompagnatore" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti. Il rimborso avverrà nel limite di un plafond di € 8.000,00 per intervento.

Tale modalità di erogazione delle prestazioni sarà attivata nel solo caso in cui l'Isritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con il Fondo Fasiv attraverso la Società. Diversamente, resta inteso che l'Isritto dovrà avvalersi di una struttura sanitaria convenzionata, scegliendola fra tutte quelle convenzionate.

Qualora venga effettuato in una *struttura convenzionata* con il Fondo Fasiv, attraverso la Società, un grande intervento chirurgico da parte di *personale medico non convenzionato*, tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate con il Fondo Fasiv attraverso la Società (quindi nella misura dell'80% con

l'applicazione del minimo non indennizzabile di € 2.000,00 e con un plafond di € 8.000,00 per intervento).

Qualora il ricovero avvenga in una *struttura del Servizio Sanitario Nazionale*, il Fondo rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ed esempio le spese per un'eventuale cameretta a pagamento) rimasti a carico dell'Iscritto. In questo caso, però, l'Iscritto non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva (par. 6.5).

6.2 Trasporto sanitario a seguito di grande intervento chirurgico

Il Fondo rimborsa le spese di trasporto dell'Iscritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.500,00 per ricovero.

6.3 Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Fondo rimborsa le spese previste ai punti 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per grande intervento chirurgico" e 6.2 "Trasporto sanitario a seguito di grande intervento chirurgico" con i relativi limiti in essi 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, la prestazione prevede 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.

6.4 Neonati - figli di Iscritti

Il Fondo provvede al pagamento delle spese sostenute dall'Iscritto per grandi interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del figlio neonato per la correzione di malformazioni congenite nel limite annuo di € 2.000,00 per neonato.

6.5 Indennità sostitutiva per grande intervento chirurgico

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso al Fondo, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero per i primi 30 giorni e di € 100,00 per ogni giorno di ricovero a partire dal 31° giorno fino al 100° giorno di ricovero. Come già detto, 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 gli importi suindicati per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

6.6 Il limite di spesa annuo dell'aera ricovero

Il Piano Sanitario prevede un limite di spesa annuo che ammonta a € 110.000,00 per anno associativo e per Iscritto. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta, non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni. La copertura riprenderà l'anno successivo per gli eventi che accadessero nel nuovo periodo. Non potranno però essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente.

6.7 PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

<p>Alta diagnostica di immagine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) • Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) • Tomografia ad Emissione di Positroni (PET) • Medicina Nucleare in Vivo <p>Terapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chemioterapia • Radioterapia • Dialisi <p>Diagnostica radiologica tradizionale (solo con contrasto)</p> <ul style="list-style-type: none"> • RX di Organo o Apparato con Contrasto • Clisma opaco semplice e a doppio Contrasto • Colangiografia 	<ul style="list-style-type: none"> • Colecistografia • Mammografia • Scialografia • Urografia • Tomografia (Stratigrafia) di Organi o Apparati • Rx colonna vertebrale totale anche senza mezzo di contrasto <p>Esami Contrastografici</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angiografia • Artrografia • Broncografia • Colangiografia • Isterosalpingografia • Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica <p>Diagnostica strumentale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elettromiografia • Elettroencefalogramma
--	--

Nel caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e di *personale convenzionato* con il Fondo Fasiv attraverso la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo Fasiv, per il tramite della Società, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di € 35,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Isritto si rivolga a *strutture sanitarie* o a *personale non convenzionato* con il Fondo Fasiv attraverso la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 75% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 55,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Isritto allegghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Isritto si avvalga del *Servizio Sanitario Nazionale*, il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Isritto allegghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 6.000,00 per Isritto.
--

6.8 VISITE SPECIALISTICHE

Il Fondo Fasiv provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche 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 odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Isritto si avvalga di *strutture sanitarie* e *personale convenzionato* con il Fondo Fasiv attraverso la Società, e nel caso di utilizzo del *Servizio Sanitario Nazionale*.

Nel caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e di *personale convenzionato* con il Fondo Fasiv attraverso la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dal Fondo Fasiv, per il tramite della Società, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Isritto di € 35,00 per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata dall'Isritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Isritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga del *Servizio Sanitario Nazionale*, il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'iscritto alleggi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 700,00 per iscritto.

6.9 TICKET SANITARI PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

Il Fondo Fasiv rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio, non rientranti tra quelli previsti al precedente punto 6.7 "Prestazioni di alta specializzazione", e i ticket sanitari di Pronto Soccorso.

Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme al ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente la patologia presunta o accertata.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di 500,00 per iscritto.

6.10 PACCHETTO MATERNITÀ

Sono comprese nella garanzia le visite specialistiche le ecografie e le analisi clinico chimiche effettuate in gravidanza.

Nel caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e di *personale convenzionato* con il Fondo Fasiv attraverso la Società, le spese per le prestazioni erogate all'iscritta vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo Fasiv, per il tramite della Società, alle strutture convenzionate.

Nel caso in cui l'iscritta si rivolga a *strutture sanitarie* o a *personale non convenzionato* con il Fondo Fasiv attraverso la Società, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.

Nel caso in cui l'iscritta si avvalga del *Servizio Sanitario Nazionale*, il Fondo rimborsa integralmente i ticket .

La disponibilità annua per la presente garanzia è di 1.000,00 per iscritto.

In occasione del parto e previa presentazione della relativa cartella clinica, il Fondo Fasiv attraverso la Società, corrisponderà un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero.

6.11 CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

In deroga a quanto previsto al paragrafo 7 "Casi di non operatività del piano" al punto 3, il Fondo Fasiv, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, liquida all'Isritto le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio, con le modalità sottoindicate.

Nel caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e di *personale convenzionato* con il Fondo Fasiv attraverso la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente ed integralmente da Fondo Fasiv, per il tramite della Società, alle strutture stesse.

Nel caso in cui l'Isritto si rivolga a *strutture sanitarie* o a *personale non convenzionato* con il Fondo Fasiv attraverso la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'80% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 100,00 per ogni fattura. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Isritto allegghi alla copia della fattura la copia del certificato di Pronto Soccorso.

Nel caso in cui l'isritto si avvalga del *Servizio Sanitario Nazionale*, il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Isritto allegghi alla copia della fattura la copia del certificato di Pronto Soccorso.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 500,00 per Isritto.

6.12 PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA

In deroga a quanto previsto al paragrafo 7 "Casi di non operatività del piano" al punto 3, il Fondo Fasiv provvede al pagamento delle prestazioni di implantologia dentale.

La garanzia opera nel caso di applicazione di un numero minimo di 3 impianti, previsti nel medesimo piano di cura.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'installazione degli impianti.

Nel caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e di *personale convenzionato* con il Fondo Fasiv attraverso la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente ed integralmente da Fondo Fasiv, per il tramite della Società, alle strutture stesse.

Nel caso in cui l'isritto si avvalga del *Servizio Sanitario Nazionale*, il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 1.500,00 per Isritto.

6.13 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto al paragrafo 7 "Casi di non operatività del piano" al punto 3, il Fondo Fasiv provvede al pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l'anno in strutture sanitarie convenzionate con il Fondo Fasiv attraverso la Società, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni sotto indicate sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici ancorchè non ancora conclamati e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità. Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- 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. Il Fondo Fasiv provvederà al pagamento della prestazione fino ad un massimo di € 60,00;
- Visita specialistica odontoiatrica.

Restano invece a carico dell'Isritto, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

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

6.14 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

Il Fondo Fasiv provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate effettuate in strutture sanitarie convenzionate con il Fondo tramite la Società, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le

prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici ancorchè 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.

Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno (Prevenzione Cardiovascolare)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base

Prestazioni previste per le donne una volta l'anno (Prevenzione Cardiovascolare)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni una volta ogni due anni (Prevenzione Oncologica)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina

- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Ecografia prostatica

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni una volta ogni due anni (Prevenzione Oncologica)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninamminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Visita ginecologica e PAP-Test
- RX Mammografia bilaterale

6.15 INABILITÀ TEMPORANEA PER GRAVI EVENTI MORBOSI

Per gravi eventi morbosi si intendono quelli elencati al successivo allegato B.

Il Fondo Fasiv corrisponderà un'indennità mensile a seguito di inabilità temporanea, anche non correlata a ricovero ospedaliero, in conseguenza di gravi eventi morbosi che comporti l'incapacità a svolgere la propria attività professionale.

Per inabilità temporanea si intende la perdita temporanea, in misura totale, della capacità dell'iscritto ad attendere alle proprie occupazioni professionali.

L'indennità per ciascun mese di inabilità temporanea corrisponde ai seguenti importi:

- Per i dipendenti con contratto full-time ad € 1.000,00 per i primi tre mesi e ad € 700,00 dal 4° al 6° mese.
- Per i dipendenti con contratto part-time l'indennità per ciascun mese di inabilità temporanea corrisponde ad € 700,00 per i primi tre mesi e ad € 500,00 dal 4° al 6° mese.

La prestazione è erogata per un periodo massimo di sei mesi per evento. La garanzia viene prestata con una franchigia assoluta di sei mesi, pertanto il Fondo liquida l'indennità a partire dal 7° mese successivo a quello di decorrenza dell'inabilità temporanea per terminare al 31/12 dello stesso anno.

6.16 SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-885785** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + **051-6389046**.

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 ticket, 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 con il Fondo Fasiv tramite la Società.

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

Il Piano Sanitario non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di garanzia prevista; nel nostro caso non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal Piano Sanitario.

Il piano sanitario non è operante per:

1. Le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quanto previsto al punto 6.4 "Neonati - figli di Iscritti";
2. La cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. Le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. Le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. Le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;
6. I ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
7. Gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
8. Il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni. Non sono soggetti a questa esclusione coloro che in maniera documentata dimostrino di aver seguito e portato a termine positivamente un percorso di disintossicazione per abuso di alcool o di stupefacenti;
9. Gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
10. Gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;
11. Gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
12. Le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
13. Le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
14. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

*Per difetto fisico si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

**Per malformazione si intende la deviazione dal normale assetto

morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

La Centrale Operativa è in ogni caso a disposizione degli Iscritti 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 con le medesime modalità con cui è operante in Italia.

8.2 Limiti di età

Il piano sanitario può essere stipulato o rinnovato per il singolo Iscritto fino a quando lo stesso permanga in rapporto di lavoro dipendente secondo il CCNL per i dipendenti da aziende degli Istituti di Vigilanza Privata.

8.3 Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con il Fondo Fasiv tramite la Società

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Iscritto.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con il Fondo Fasiv tramite la Società

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

9. Strutture convenzionate con il Fondo Fasiv attraverso la Società Unisalute

Le case di cura e i centri di analisi convenzionati sono continuamente in evoluzione, grazie all'attività di un nostro staff specializzato nella ricerca delle migliori strutture; per questo occorrerà fare sempre riferimento alla centrale operativa per avere la migliore informazione su questo aspetto al numero verde 800-885785, oppure consultare il sito internet www.fasiv.it.

Allegato A - Elenco grandi interventi chirurgici

- Qualsiasi Trapianto di Organo
- Interventi di Cardiocirurgia sia a Cuore Aperto sia con Metodiche Esterne (Ad esclusione degli interventi trans vascolari e applicazione di dispositivi regolatori del ritmo cardiaco)
- Interventi su Esofago, Stomaco e Duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Interventi su Bocca, Faringe, Laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul Pancreas, Fegato e Reni per patologie oncologiche maligne
- Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli Arti Inferiori non conseguenti a trauma
- Interventi di Neurochirurgia per patologie oncologiche maligne
- Ustioni estese con Intervento Chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare
- Reimpianto di Arti, Interventi su Anca e Femore anche con impianto di Protesi non conseguenti a trauma
- Tiroidectomia Totale
- Tiroidectomia Allargata per patologie oncologiche maligne
- Interventi sulle Paratiroidi
- Interventi sull'Esofago Cervicale non per via endoscopica
- Resezione Gastrica
- Gastrectomia Totale ed Allargata
- Chirurgia Gastrointestinale per Perforazioni
- Colectomia Totale
- Appendicectomia con Peritonite Diffusa
- Interventi chirurgici sull'Ano e sul Retto per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Interventi chirurgici sulla Mammella patologie oncologiche maligne escluse le protesi
- Interventi chirurgici sul Polmone patologie oncologiche maligne
- Interventi chirurgici sul Midollo Spinale per patologie oncologiche maligne
- Interventi chirurgici sulla Aorta per Aneurismi Dissecanti
- Interventi per Ricostruzioni di Gravi e Vaste Mutilazioni degli arti da trauma

Allegato B - Elenco gravi eventi morbosi

- a. Infarto miocardico acuto;
- b. Insufficienza cardio-respiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:
 - I. dispnea
 - II. edemi declivi
 - III. aritmia
 - IV. angina instabile
 - V. edema o stasi polmonare
 - VI. ipossiemia
- c. Neoplasia maligna in trattamento con aggravamento delle condizioni generali e necessità di accertamenti o cure;
- d. Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
 - I. ulcere torbide
 - II. decubiti
 - III. neuropatie
 - IV. vasculopatie periferiche
 - V. infezioni urogenitali o sovrinfezioni.
- e. Politraumatismi gravi che non necessitino di intervento chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato;
- f. Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo;
- g. Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale;



F.A.S.I.V. - Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa Vigilanza Privata
Via Sicilia, 50 - 00187 Roma tel. 06-42016755 - fax 06.42020545
info@fasiv.it - www.fasiv.it