

Indice

Come usufruire dei servizi delle strutture sanitarie convenzionate	>>	4
Regole ed avvertenze amministrative/sanitarie	>>	8
Prestazioni e condizioni delle Strutture Sanitarie convenzionate in forma diretta	>>	13
L'impegno del Fasi nella prevenzione	>>	15
Elenco per Provincia delle Strutture Sanitarie convenzionate in forma diretta	>>	17
Dettaglio delle Strutture Sanitarie convenzionate in forma diretta	>>	47
Come comunicare con il Fasi	>>	652
Glossario	>>	654
Legenda acronimi	>>	658

COME USUFRUIRE DEI SERVIZI DELLE STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE

Si riportano di seguito le modalità e le regole che gli iscritti/assistiti devono seguire per fruire dell'assistenza in forma diretta presso le Strutture Sanitarie in regime di convenzionamento (di seguito Strutture Sanitarie Convenzionate).

Gli iscritti che desiderino avvalersi delle prestazioni in forma diretta dovranno comprovare, all'ufficio preposto dalle Strutture Sanitarie convenzionate, la loro iscrizione al Fasi, comunicando il codice di posizione dell'iscritto ed esibendo il documento di riconoscimento.

Si consiglia di assumere o farsi confermare, presso gli uffici medesimi, tutte le informazioni necessarie per utilizzare correttamente la convenzione ed evitare eventuali malintesi.

A questo proposito è opportuno ricordare che NON tutti i medici - chirurghi che operano nelle suddette Strutture Sanitarie convenzionate hanno accettato gli accordi stipulati tra il Fondo e le stesse Strutture Sanitarie, in tal caso, ricordiamo che non potrà essere applicata la forma diretta e conseguentemente gli assistiti dovranno saldare in proprio le relative spese, richiedendone successivamente il rimborso al Fondo, secondo le modalità previste per la forma indiretta, nei termini contemplati dall'art. "M" del Regolamento. Tale situazione, potrebbe verificarsi anche nell'ambito di un ricovero medico o chirurgico in cui sono convenzionati tutti i soggetti ma, ad esempio, non il medico anestesista, che non ha aderito alla convenzione diretta.

Si ricorda agli iscritti che alcune Strutture Sanitarie potrebbero non offrire in forma diretta tutte le prestazioni sanitarie praticate all'interno della Struttura stessa. Altre Strutture Sanitarie, invece, potrebbero, nel corso dell'anno, non essere più in grado di offrire in forma diretta determinate prestazioni.

In entrambi i casi gli assistiti dovranno saldare in proprio le relative spese inviando successivamente e nei termini previsti dal Regolamento (art. M) le fatture al Fondo, secondo le modalità previste per la forma indiretta.

Qualora non sia stato possibile contattare preventivamente la Centrale Informativa Sanitaria del Fasi si raccomanda di verificare, prima dell'esecuzione delle prestazioni, con gli uffici preposti dalle Strutture Sanitarie, l'elenco aggiornato dei medici-chirurghi che, anche a seguito dell'attuazione di sempre nuove normative nazionali e/o regionali, è in continua evoluzione.

Una volta accertata l'applicabilità della forma diretta, attraverso un collegamento telematico dedicato, la Struttura Sanitaria prescelta dall'iscritto, si impegna ad anticipare le spese sostenute da quest'ultimo, nei limiti delle tariffe massime previste dal Tariffario Fasi in vigore all'atto della fatturazione.

La Struttura Sanitaria richiederà al Fondo, al termine dell'erogazione delle prestazioni tramite il sopraccitato applicativo, il rimborso in nome e per conto dell'iscritto di quanto anticipato. L'assistito, a sua volta, è tenuto a saldare l'eventuale eccedenza a suo carico.

Il Fasi, previo invio della richiesta di rimborso, salderà alle Strutture Sanitarie quanto dovuto.

Le fatture/ricevute sanitarie, emesse per qualsiasi prestazione fruita in forma diretta, presso le Strutture Sanitarie convenzionate, **saranno scansionate ed inoltrate per via telematica dalle stesse Strutture Sanitarie**, comprese le fatture/ricevute sanitarie riferite alla eventuale eccedenza rimasta a carico e saldata in proprio dall'iscritto.

Gli iscritti devono ricevere, dalle Strutture Sanitarie, gli originali delle fatture/ricevute riferite alle spese che salderà il Fondo e di quelle pagate in proprio, utili per gli usi consentiti dalle normative fiscali vigenti.

Gli iscritti/assistiti dovranno leggere e sottoscrivere, al momento delle dimissioni o al termine delle prestazioni ambulatoriali fruite, l'apposito modulo predisposto dal Fasi a uso delle Strutture Sanitarie convenzionate, che dovrà essere conservato a cura delle stesse e messo a disposizione in originale qualora il Fondo ne facesse richiesta nell'ambito dei consueti controlli.

Si ricorda alle Strutture Sanitarie e agli iscritti/assistiti che il **modulo dovrà essere firmato in originale per ogni singola richiesta di rimborso.** Tramite tale modulo l'iscritto/assistito, che ha richiesto ed usufruito delle prestazioni:

- o conferma, con la sottoscrizione, di aver fruito delle prestazioni indicate nella richiesta (non essendo ammessa al rimborso una richiesta anticipata per prestazioni ancora da fruire);
- o autorizza le Strutture Sanitarie a recuperare le somme dalle stesse anticipate in suo favore, se dovute perché riconosciute come rimborsabili dal Fasi. In caso contrario si impegna a saldarle in proprio;
- o scioglie dal segreto professionale i medici che lo hanno tenuto in cura;
- o dichiara di aver già saldato la risultante eccedenza a suo carico, di cui non ha diritto al rimborso da parte del Fasi;
- o si impegna a saldare gli importi che, al momento dell'esame della richiesta di rimborso, il Fasi riveli come non rimborsabili o come eccedenti i limiti;
- o si impegna inderogabilmente a saldare tutte le prestazioni che, successivamente all'erogazione delle prestazioni da parte della Struttura, non risultassero liquidabili per la perdita del diritto alla assistenza da parte del Fondo;
- o si impegna, a norma di quanto previsto dall'articolo M del Regolamento, a rimborsare al Fasi, fino alla concorrenza di quanto pagato dal Fondo a suo nome, eventuali somme ricevute da terzi a titolo di risarcimento, qualora la spesa sostenuta si riferisca ad eventi dipendenti da responsabilità di terzi;
- o autorizza la Struttura Sanitaria ad inviare al Fasi, IWS S.p.A, Poste Welfare e servizi S.r.L. e Pro.ge.sa S.r.L. copia delle ricevute sanitarie/ fatture per ottenere i rimborsi da parte del Fasi.

IMPORTANTE
VALIDITÀ DELLE AUTORIZZAZIONI AL RIMBORSO IN FORMA DIRETTA

I ricoveri in convenzione diretta sono autorizzabili: per un massimo di 12 giorni, se effettuati in reparti di medicina; per 12 giorni se riferiti ad un ricovero per riabilitazione fisioterapica presso Strutture con reparto dedicato; per un massimo di 8 giorni per quelli conseguenti ad intervento chirurgico.

Pertanto, qualora si reputasse necessario prolungare, per motivi esclusivamente medici, la permanenza nella Struttura Sanitaria convenzionata in forma diretta, la Struttura stessa dovrà richiedere al Fondo una estensione dell'autorizzazione al ricovero, motivandola con una certificazione rilasciata dal medico curante. Tale richiesta di estensione sarà presa in esame dal Fondo che valuterà di accordare o meno la relativa autorizzazione. Si specifica che per i ricoveri riabilitativi, è possibile richiedere una sola estensione di ulteriori 12 giorni, per un massimo di 24 giorni totali (tra prima e seconda autorizzazione) nell'ambito del medesimo ricovero e riferito al medesimo evento. Ulteriori ricoveri per le medesime patologie, pur se le autorizzazioni avranno esito positivo, saranno soggette ad ulteriore valutazione da parte del Fondo.

Tale richiesta sarà sottoposta all'esame dei medici consulenti del Fondo, per una verifica di merito. Nel caso di mancato accoglimento da parte degli uffici della richiesta di estensione del periodo di ricovero, le relative spese sanitarie sostenute nel periodo non autorizzato saranno a completo carico dell'assistito il quale potrà, comunque, presentarle al Fondo in forma indiretta per una successiva valutazione.

È possibile autorizzare la forma diretta per i ricoveri notturni, indipendentemente dalla patologia e dalla tipologia di ricovero che ha determinato i ricoveri stessi, fino ad un massimo di 90 giorni di degenza (qualsiasi tipologia ad eccezione del codice 5) nell'arco dell'anno solare, intendendo per anno solare il periodo di 365 giorni precedenti ad ogni singolo giorno di ricovero, oltre i quali viene applicata la retta giornaliera per le forme morbose croniche (Nomenclatore – Tariffario codice 5).

Di conseguenza:

- o se all'atto della prenotazione l'iscritto/assistito avesse già usufruito di tutti i 90 giorni di degenza massima rimborsabile, non potrà essere autorizzato il ricovero in forma diretta. In questo caso, il ricovero sarà a completo carico dell'iscritto/assistito che presenterà la documentazione di spesa seguendo le modalità previste per la forma indiretta;
- o se nel corso del ricovero l'iscritto/assistito raggiungesse i 90 giorni di degenza massima rimborsabili, per effetto di altri ricoveri già rimborsati nell'anno solare come sopra indicato, non potrà essere autorizzata la estensione del ricovero in forma diretta oltre il 90° giorno. In questo caso, il periodo di ricovero successivo al 90° giorno di degenza e le eventuali prestazioni eseguite saranno a completo carico dell'iscritto/ assistito ed il Fondo provvederà a saldare alla struttura solo il periodo autorizzabile. Dal 91° giorno in poi, l'iscritto/assistito presenterà la documentazione di spesa seguendo le modalità previste per la forma indiretta.
- o Si precisa che, la Struttura dovrà emettere documentazione di spesa separata per il periodo autorizzato in forma diretta (fino al 90° giorno) e quello in forma indiretta (dal 91° giorno in poi).

Si rammenta, inoltre, che la retta giornaliera per forme morbose croniche (Nomenclatore – Tariffario codice 5) per ricoveri per patologie croniche (rilevabili dalla documentazione sanitaria fornita con la richiesta di rimborso e da quella pregressa) è applicata fin dall'inizio della degenza e senza limitazioni di tempo per i ricoveri dovuti a tali situazioni cliniche. Il codice 5 è considerato omnicomprensivo della degenza, degli accertamenti, delle terapie, dell'assistenza in degenza, delle visite specialistiche e quant'altro eseguito e fruito nel corso del ricovero.

Si rammenta altresì che, la retta di degenza per forme morbose croniche è applicabile anche ai ricoveri per il recupero da dipendenze (alcol, farmaci, droghe e patologie alimentari) rilevabili e documentabili sul piano clinico. Il ricovero per recupero da dipendenze non è riconosciuto nel caso di Iudopatie e IAD – Internet Addiction Disorder ed in tutti i casi non è riconosciuto se effettuato presso Comunità di Recupero e/o Strutture similari.

La degenza in reparti di Terapia Intensiva (Nomenclatore-Tariffario codice 7), Sub-Intensiva (Nomenclatore-Tariffario codice 8), uso della stanza attrezzata per terapie radiometaboliche (Nomenclatore – Tariffario codice 6) o del solo maggior comfort alberghiero (presso strutture sanitarie pubbliche o case di cura accreditate – Nomenclatore-Tariffario codice 3) concorrono al raggiungimento dei 90 giorni di degenza massimi annui. Le rette di degenza di cui ai codici 7 e 8 del Nomenclatore-Tariffario, si intendono comprensive, oltre che della retta di degenza ordinaria, anche dell'assistenza medico-infermieristica continua (24 ore) e dell'uso di apparecchiature speciali.

Si fa presente che, poiché alcuni esami/accertamenti/interventi, possono essere eseguiti in sedazione profonda, anche ambulatorialmente, l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi) sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa dell'assistito. Quindi, alla richiesta dovrà essere allegata, documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che hanno indotto all'esecuzione in tal tipo di regime.

Il rimborso per il day hospital e il day surgery (Nomenclatore – Tariffario codice 4) è riconosciuto solo nei casi di: intervento chirurgico, di prestazioni chemioterapiche e terapia del dolore documentati da cartella clinica. E' quindi escluso nei casi di ricovero per accertamenti diagnostici o per altri motivi.

Si ricorda agli iscritti che il Servizio Sanitario Nazionale ed i Servizi Sanitari Regionali riconoscono al cittadino la libera scelta della Struttura Sanitaria ove si desidera fruire delle prestazioni sanitarie, ovvero la legge prevede che il cittadino, munito della ricetta/richiesta del proprio medico di base, possa scegliere, senza doversi far autorizzare dalla propria AUSL (Azienda Unità Sanitaria Locale), dove eseguire le prestazioni. In concreto, il cittadino **ha il diritto di scegliere tra la Struttura Sanitaria pubblica e la Struttura Sanitaria privata accreditata (convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale/Servizio Sanitario Regionale)**. La normativa è valida per qualsiasi tipologia di prestazione sanitaria, sia ambulatoriale, sia in forma di ricovero.

Si informano gli iscritti che, ad esempio, quasi tutti i laboratori di analisi, i gabinetti radiologici, i centri di fisiokinesiterapia, i centri di medicina nucleare (scintigrafia) in Italia sono accreditati (convenzionati) con il Servizio Sanitario Nazionale/Servizio Sanitario Regionale. Per cui si dovrebbe accedere sempre con la prescrizione del proprio medico generico di base e chiedere di usufruire del Sistema Sanitario Regionale per tutte quelle prestazioni riconosciute, mentre, per le prestazioni non riconosciute, si dovrebbe chiedere, alla Struttura Sanitaria convenzionata, l'applicazione degli accordi tariffari concordati oppure, in rari casi, delle tariffe private della Struttura Sanitaria, se economicamente più favorevoli in regime di convenzione diretta.

Per quanto riguarda le Case di Cura private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale/Servizio Sanitario Regionale si potranno richiedere servizi integrativi, secondo le leggi regionali vigenti, quali il maggior comfort alberghiero oppure la scelta del medico-chirurgo curante.

I costi per i suddetti servizi/prestazioni di tipo privatistico, anche se svolti in Strutture Sanitarie accreditate pubbliche o private, saranno rimborsati dal Fasi nei limiti e con le modalità previste dal Nomenclatore – Tariffario.

Qualora gli iscritti, si presentino presso le Strutture Sanitarie pubbliche convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale/Servizio Sanitario Regionale che svolgono anche l'attività libero professionale in forma di "intra-moenia" muniti della sola "ricetta/riciesta bianca" del proprio medico specialista, non trascritta dal medico di base, automaticamente accederanno al regime completamente privatistico, senza poter beneficiare dell'eventuale quota di spesa a carico del Servizio Sanitario Nazionale/Servizio Sanitario Regionale, che nulla toglie alla qualità delle prestazioni, al miglior comfort alberghiero, alla scelta del medico-chirurgo di fiducia.

Si invitano gli iscritti, in caso di contemporaneo pagamento del ticket e di prestazioni private, presenti sulla stessa ricevuta sanitaria, di far indicare per iscritto dalla Struttura Sanitaria quale importo è riferito al solo ticket e quale, invece, è riferibile alle sole prestazioni fruito in regime privatistico. **Il ticket, che deve sempre riportare il dettaglio delle prestazioni eseguite, è rimborsabile, nei limiti massimi delle singole tariffe, solamente se riferito alle prestazioni specialistiche espressamente ricomprese nel Nomenclatore – Tariffario, ed è soggetto alle stesse limitazioni quantitative e/o temporali previste nell'ambito di ciascuna prestazione.**

REGOLE ED AVVERTENZE AMMINISTRATIVE/SANITARIE

Si ricorda che:

- A** gli iscritti che fruiscono di prestazioni in forma diretta non devono inviare alcuna fattura/ ricevuta sanitaria al Fasi per richiedere il rimborso di tali prestazioni, poiché il Fondo salda quanto di propria competenza direttamente alle Strutture Sanitarie, sulla base della documentazione trasmessa dalle Strutture Sanitarie stesse. Nel caso di emissione di due o più fatture separate riguardanti la quota a carico del Fondo e la **quota di eccedenza a totale carico dell'iscritto**, anche quest'ultima dovrà essere inoltrata al Fasi **direttamente dalla Struttura Sanitaria, a garanzia degli iscritti, per permettere al Fondo di accertare il rispetto delle tariffe preventivamente concordate. In considerazione della diversa modalità di invio della documentazione di spesa prevista dal 1 gennaio 2015, le Strutture Sanitarie sono obbligate a consegnare gli originali agli iscritti che non dovranno inviarli al Fondo per alcun motivo, non essendo possibile ottenere un ulteriore rimborso, oltre all'importo saldato direttamente dal Fasi (in nome e per conto dell'iscritto stesso) alla Struttura Sanitaria. Operando diversamente, si incorrerebbe in un illecito arricchimento. La Struttura Sanitaria è altresì obbligata a riportare, all'interno dell'applicativo dedicato, anche gli importi relativi a prestazioni non rimborsabili dal Fondo, qualora queste siano oggetto della medesima fatturazione;**
- B** le terapie di fisiokinesi sono prestazioni sanitarie; pertanto esenti dall'IVA, indipendentemente dal luogo, dal professionista abilitato o dall'organizzazione che le ha fatturate. Di conseguenza l'applicazione dell'IVA indica che trattasi di prestazioni non sanitarie e come tali non rimborsabili dal Fondo;
- C** le Strutture Sanitarie convenzionate, per tutte le prestazioni non offerte in forma diretta, ove possibile, si sono impegnate ad applicare tariffe inferiori al loro tariffario privato;
- D** è obbligo degli iscritti presentare, alla Struttura Sanitaria convenzionata, la ricetta/prescrizione del proprio medico curante per richiedere le prestazioni di diagnostica in forma diretta. Nel caso della forma indiretta gli iscritti sono obbligati ad allegare tale ricetta/prescrizione alla documentazione di spesa in copia da presentare al Fasi. In tali prescrizioni deve risultare la diagnosi certa o presunta (nel caso di terapie fisiokinesiterapiche deve risultare la diagnosi certa), che ha determinato la necessità di eseguire le prestazioni oggetto della richiesta stessa. Si specifica che diagnosi/patologia non sono da assimilare alla sintomatologia;
- E** si ricorda che le prestazioni non indicate nel Nomenclatore – Tariffario sono da ritenersi non rimborsabili dal Fasi. **Non è possibile per le Strutture Sanitarie convenzionate e per i professionisti curanti, procedere autonomamente ad una codifica delle prestazioni per similitudine.** Al fine di evitare equivoci, nei casi dubbi, le Strutture Sanitarie convenzionate possono contattare la Centrale Informativa Sanitaria del Fasi (tel. 06.518911 opzione 1) per ottenere i necessari chiarimenti (**è consigliabile consultare** lo specifico capitolo) oppure utilizzare l'apposita modulistica inoltrandola agli uffici competenti;
- F** non essendo previsti rimborsi per le prestazioni non presenti nel Nomenclatore – Tariffario, queste saranno a totale carico economico degli iscritti. Non è possibile per le Strutture Sanitarie convenzionate addebitare a carico dell'iscritto/assistito quanto già contemplato nel Nomenclatore del Fasi. Eventuali importi a totale carico economico degli iscritti dovranno essere ascritti esclusivamente a voci espressamente indicate dal Fondo come non rimborsabili. I relativi giustificativi di spesa non dovranno essere inviati al Fondo. La documentazione di spesa riferita a prestazioni non rimborsabili (non collegate dunque ad altre per il quale è riconosciuta la compartecipazione del Fondo) che, dovesse essere trasmessa (sia se inoltrata in modalità cartacea, sia se inviata telematicamente) al Fasi, non comporterà

alcun esame e/o rimborso da parte del Fondo, ma produrrà una generica reiezione della richiesta presentata;

- G** Si ricorda che il Fondo non prevede alcuna compartecipazione alla spesa per: visite odontoiatriche; visite senologiche; visite radiologiche; visite di medicina nucleare; visite di medicina aerospaziale; visite di idrologia medica; visite effettuate dallo psicologo e le sedute di psicoterapia anche se eseguite da un medico-chirurgo specialista in neurologia o psichiatria o neuropsichiatria; visite finalizzate al rilascio di certificazioni; per prestazioni di medicina generica che comprendono, tra l'altro, le visite, le iniezioni, le fleboclisi, le vaccinazioni (oltre quanto espressamente previsto), medicinali e/o sostanze usate per gli esami allergologici; atti chirurgici e/o terapie mediche connessi a infertilità e/o sterilità maschile o femminile e terapie, atti chirurgici per l'impotenza maschile e frigidity femminile e/o a queste riconducibili; emodialisi; esami termografici; fisiokinesiterapia/terapie fisiche oltre 80 prestazioni l'anno salvo particolari e non sindacabili autorizzazioni da parte del Fasi per gravi quadri sintomatologici o patologie (vedere avvertenze del Nomenclatore – Tariffario); iniezioni sclerosanti oltre a quanto previsto e limitatamente a questo; prestazioni di medicina del lavoro e/o a queste riconducibili; check-up indipendentemente dalla tipologia e/o motivazione; prestazioni di medicina legale; prestazioni di medicina preventiva salvo i casi previsti dal Fondo in forma diretta (riportate nel capitolo apposito); prestazioni di medicina omeopatica e/o alternativa e/o sperimentale; osteopatia; visite per certificazioni mediche e/o visite per patente e/o per idoneità sportiva e/o qualsiasi tipo di idoneità etc.; qualsiasi altro trattamento laser in oculistica oltre quelli indicati nell'apposita branca nel paragrafo "trattamenti laser" e/o oltre quanto esplicitamente previsto nella sezione "pacchetti chirurgici" e/o quanto previsto dal del Nomenclatore – Tariffario; qualsiasi terapia medica svolta in day hospital e ambulatorialmente, salvo le cure oncologiche: chemioterapia, radioterapia, terapia del dolore; ricoveri in case di cura dedicate al benessere della persona; interventi chirurgici e/o terapie e/o visite mediche finalizzate all'estetica della persona e/o a queste riconducibili; terapie e/o visite mediche eseguite da chirurghi plastici ricostruttivi per finalità estetiche e/o a queste riconducibili; ricoveri in case di riposo private per anziani autosufficienti; diritti di segreteria, amministrativi, spese di magazzino dei medicinali, rilascio copia cartella clinica, rilascio copie radiografiche (qualsiasi tipo, su qualsiasi supporto), copie referti; spese di viaggio e spese per accompagnatore ove non comprese nella retta di degenza; occhiali e/o lenti a contatto; medicinali, ad eccezione di quelli somministrati durante il ricovero in Istituto di Cura ed esposti nella relativa fattura;
- H** non sono rimborsabili in forma diretta: la visita effettuata da psichiatri e/o neuropsichiatri (rimborsabile solo la prima visita a scopo diagnostico in forma indiretta); visite dietologiche pur se eseguite da medici-chirurghi specializzati in Scienza dell'alimentazione (rimborsabile solo la prima visita a scopo diagnostico e solo in forma indiretta);
- I** le tariffe previste per gli interventi chirurgici sono omnicomprensive delle prestazioni dell'operatore, degli aiuti, degli assistenti, dell'anestesista, dei tecnici/ausiliari e dell'assistenza prestata dall'équipe chirurgica durante l'intero ricovero fino alle dimissioni;
- J** si specifica che, per tutti gli interventi chirurgici concomitanti, contemporanei, indipendentemente dalla tipologia di intervento e dal regime di esecuzione dello/degli stesso/stessi (ricovero notturno/diurno/ambulatoriale) ed eseguiti nella stessa seduta operatoria, anche se con via di accesso diversa, è applicata, nei limiti della spesa sostenuta e di quelli previsti dal Fondo, la tariffa massima per l'intervento principale (o comunque più oneroso). Per gli altri interventi, invece, è applicata la tariffa massima ridotta del 50%;
- K** quanto indicato nel punto precedente, circa la riduzione del 50%, è applicabile anche ad alcuni esami diagnostici (fare riferimento alle "Premesse Specifiche di Branca" all'interno del Nomenclatore – Tariffario);
- L** **al fine di poter ottenere e/o verificare sempre il vantaggio economico riservato agli iscritti Fasi, è buona norma, prima di fruire delle prestazioni, chiedere alla Struttura Sanitaria convenzionata un preventivo di spesa di massima o comunque verificare le tariffe che verranno applicate.** Tale verifica è necessaria in quanto, in rarissimi casi ed in particolari realtà geografiche, si potrebbe verificare che la tariffa massima di rimborso Fasi sia superiore alla tariffa privata della Struttura Sanitaria, per quella particolare prestazione ed in quel determinato periodo dell'anno, spesso determinato da campagne commerciali di quella specifica Struttura Sanitaria. In tal caso, sarà cura dell'iscritto richiedere l'applicazione della tariffa di volta in volta più conveniente;

M in caso di visita specialistica, la ricevuta sanitaria emessa dal medico deve sempre riportare, oltre alla Partita Iva, il titolo accademico di specializzazione (regolarmente riconosciuto in Italia dalle autorità competenti) dello stesso medico-chirurgo che ha eseguito la visita. In mancanza di tale specifica, è necessario richiedere al medico interessato di apporre sul documento di spesa, controfirmando, il titolo di specializzazione posseduto. Nel caso in cui la fattura per la visita specialistica fosse emessa dalla Struttura Sanitaria e non direttamente dal medico, indipendentemente se convenzionata in forma diretta con il Fondo, oltre ai dati anagrafici della Struttura e la Partita IVA, dovrà essere comunque specificato il titolo accademico di specializzazione del medico che, anche in questo caso, dovrà essere attinente alla patologia che ha reso necessario la visita stessa;

N per le prestazioni eseguite all'estero il Fasi eroga i rimborsi sempre nei limiti previsti dal Nomenclatore – Tariffario e secondo le medesime regole applicate per le prestazioni eseguite in Italia in forma indiretta;

O nel rispetto delle norme statutarie si precisa che la Struttura Sanitaria convenzionata, all'atto della richiesta telematica di erogazione delle prestazioni, potrebbe ricevere una generica ed immediata segnalazione di pratica "Trasmessa non Approvata" (senza alcuna indicazione specifica circa le motivazioni). Tale segnalazione potrebbe indicare una errata istruzione della richiesta di prestazioni (per la quale si invita la Struttura Sanitaria convenzionata, sin da subito, ad un controllo di quanto indicato e acquisito sul sistema) oppure potrebbe ricevere una generica segnalazione di "non assistibile" (senza alcuna indicazione specifica circa le motivazioni) ed essere quindi indice di anomalie nella posizione anagrafico/contributiva dell'iscritto, che impediscono temporaneamente di attivare il rimborso in forma diretta. L'iscritto dovrà, in tal caso, verificare, nel più breve tempo possibile, con il Contact Center al n. 06.518911 (opzione 2) l'effettivo stato della sua posizione ed eventualmente seguire l'iter previsto per la forma indiretta, saldando in proprio l'intero ammontare della spesa e richiedendo successivamente il rimborso al Fondo, secondo i termini previsti dall'art. M del Regolamento. Il Fasi procederà con l'esame della richiesta di prestazioni solo all'atto della risoluzione delle anomalie anagrafico/contributive riscontrate.

**IMPORTANTE:
IMPOSTA DI BOLLO SU RICEVUTE SANITARIE A RIMBORSO ED
IMPOSTA SUL VALORE AGGIUNTO (IVA)**

Imposta di bollo

Premesso che:

- o per effetto dell'applicazione dell'articolo 13 del DPR n. 642/72 ogni esemplare di fattura, nota, ricevuta, quietanza, o simile documento non soggetta ad IVA, rilasciata per un importo pari o superiore ad € 77,47 deve essere assoggettata ad imposta di bollo, nella misura attualmente fissata (in base alla Legge n.71/2013 di conversione con modificazioni del Decreto Legge n.43/2013) in € 2,00, mediante applicazione da parte di chi emette il documento di spesa, di marche o bollo a punzone. In alcuni casi e solo per alcuni soggetti autorizzati dagli organi competenti tale imposta può essere assolta in modo virtuale;
- o in caso di trasgressione dell'obbligo di cui sopra è prevista una sanzione amministrativa compresa tra il 100% ed il 500% del tributo dovuto;
- o sono obbligati in solido al pagamento del tributo e delle eventuali sanzioni amministrative tutte le parti che sottoscrivono, ricevono, accettano o negoziano atti o documenti non in regola con l'assolvimento del tributo ovvero li allegano ad altri atti o documenti;

Il Fasi, qualora riceva dai propri assistiti e/o dalle Strutture Sanitarie convenzionate, ai fini del rimborso, copie di atti o copie di documenti privi di marca o bollo a punzone, ai fini dell'esonero da responsabilità amministrativa, è obbligato alla presentazione di tali documenti all'Ufficio del Registro.

A tal proposito, si rammenta che per richiedere il rimborso al Fasi, è obbligatorio inoltrare, nel caso residuale di inoltro cartaceo, la documentazione di spesa in copia da cui risulti inequivocabilmente l'assoggettamento ad imposta di bollo (ove prevista) del documento originale mentre, per quanto riguarda l'inoltro telematico (da parte

della Struttura Sanitaria convenzionata o da parte dell'iscritto/assistito), la scansione del documento originale regolarmente assoggettato alla predetta imposta (ove prevista).

In particolar modo, si rammenta alle spett.li Strutture Sanitarie convenzionate che, l'imputazione dell'importo relativo all'imposta di bollo (ove prevista) dovrà necessariamente risultare anche all'interno della pratica telematica effettuata con l'applicativo dedicato.

Si ricorda che, la necessità di applicazione dell'imposta di bollo è data dal valore del documento di spesa e non dal valore della prestazione e, tale imposta, deve risultare applicata sul documento di spesa il cui importo fiscale sia uguale o superiore ad € 77,47, ovvero, non è possibile addebitare/imputare l'imposta di bollo su un documento il cui importo sia inferiore a quello previsto per legge e quindi, non è possibile addebitare il valore dell'imposta su un documento diverso rispetto a quello a cui si riferisce.

Gli iscritti sono obbligati dalle norme vigenti in materia a pagare in proprio la marca da bollo anche per le fatture/ ricevute sanitarie emesse da Strutture Sanitarie e/o da medici-chirurghi-odontoiatri convenzionati in forma diretta.

Il costo della marca da bollo non è rimborsato dal Fasi.

Imposta sul valore aggiunto (IVA)

Ai sensi del DPR 26/10/1972 n. 633 e successive modificazioni ed integrazioni, le prestazioni sanitarie in quanto tali sono esenti da IVA, salvo quanto previsto dalla vigente normativa in caso di ricovero presso Strutture Sanitarie.

Il Fondo non prevede il rimborso per tale imposta sia nella forma diretta sia nella forma indiretta, che rimane a totale carico dell'iscritto/assistito.

CENTRALE INFORMATIVA SANITARIA

La Centrale Informativa Sanitaria del Fasi è attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 18.00, al numero telefonico:

06.518911 opzione 1

Si ricorda agli iscritti che gli accordi tariffari con le Strutture Sanitarie convenzionate in forma diretta, hanno validità annuale. L'elenco delle Strutture Sanitarie e dei medici-chirurghi-odontoiatri che hanno accettato la convenzione diretta può variare durante l'arco dell'anno.

Gli iscritti, contattando la Centrale Informativa Sanitaria del Fasi, possono ottenere i seguenti servizi ed informazioni in ambito sanitario:

- o informazioni sulle prestazioni sanitarie fruibili presso le Strutture Sanitarie convenzionate in forma diretta con il Fondo;
- o informazioni su codici e tariffe di rimborso previste dal Nomenclatore per particolari atti chirurgici da eseguire. (Comunque, l'importo finale del rimborso dipenderà dall'iter diagnostico - terapeutico seguito, rilevabile esclusivamente dalla documentazione sanitaria e di spesa inviata al Fondo con la richiesta di prestazioni);
- o informazioni sulle prestazioni che il Fasi non riconosce come rimborsabili;
- o informazioni e verifiche sulle condizioni tariffarie applicate dalle Strutture Sanitarie convenzionate, a favore degli iscritti, per le prestazioni fruibili in forma diretta con specifica delle eventuali eccedenze massime a carico dell'iscritto stesso;
- o informazioni relative ai "Pacchetti di Prevenzione" sanitaria e alle relative modalità di accesso agli stessi;
- o informazioni sulle Strutture Sanitarie convenzionate che hanno aderito ai "Pacchetti di Prevenzione";

- informazioni relative ai "Pacchetti chirurgici", "Pacchetti di accertamenti diagnostici pre intervento a pacchetto", "Pacchetti per procedure endoscopiche", "Pacchetti riabilitazione post intervento di protesi/revisione di protesi totale di anca" e sulle modalità di accesso agli stessi;
- informazioni sulle Strutture Sanitarie convenzionate che hanno aderito ai suddetti "Pacchetti chirurgici" e/o altri pacchetti;
- informazioni sulle Strutture "R.S.A." (Residenze Sanitarie Assistenziali) e/o Strutture Autorizzate all'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio-assistenziali in regime residenziale per anziani parzialmente o completamente non autosufficienti, che hanno aderito alla convenzione in forma diretta con il Fondo.

Si precisa che gli operatori telefonici, in linea con quanto disciplinato in materia di GDPR e delle ultime modificazioni/integrazioni in materia, prima di rilasciare indicazioni telefoniche e fornire informazioni di natura sanitaria e/o amministrativa riferibili agli iscritti/assistiti, verificheranno l'identità dell'interlocutore

PRESTAZIONI E CONDIZIONI DELLE STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE IN FORMA DIRETTA

Tutte le Strutture Sanitarie convenzionate, salvo alcune Strutture Ospedaliere/Universitarie ed Istituti di Ricovero e Cure a Carattere Scientifico, sono collegate telematicamente 24 ore su 24 per 365 giorni l'anno, per tutte le prestazioni offerte in forma diretta. Per le prestazioni che le Strutture Sanitarie non possono eseguire in forma diretta, le stesse Strutture si sono impegnate a praticare, in favore degli iscritti Fasi, tariffe inferiori, con diminuzioni anche significative rispetto al loro tariffario privato. Per tali prestazioni l'iscritto dovrà seguire l'iter previsto per la forma indiretta sempre che queste rientrino tra le prestazioni presenti nel Nomenclatore – Tariffario. Si ricorda, dunque, che:

- o le prestazioni non esplicitamente riportate nel Nomenclatore – Tariffario Fasi, sono da considerarsi come non rimborsabili;
- o non è possibile per le Strutture Sanitarie convenzionate, eseguire autonomamente una codifica delle prestazioni per similitudine;
- o non è possibile per le Strutture Sanitarie Convenzionate addebitare all'iscritto/assistito importi relativi a prestazioni contemplate nel Nomenclatore del Fasi.

Per eventuali chiarimenti circa la rimborsabilità delle prestazioni è possibile contattare la Centrale Informativa Sanitaria.

Le Strutture Sanitarie riportate nella presente guida, offrono in forma diretta ricoveri notturni o diurni con o senza intervento chirurgico, accertamenti diagnostici, visite specialistiche e consulti necessari in fase di ricovero notturno, nelle branche specialistiche riportate nel dettaglio delle singole strutture. In caso fossero necessarie ulteriori informazioni sulle prestazioni offerte in forma diretta dalle Strutture Sanitarie convenzionate con il Fondo, si consiglia di contattare la Centrale Informativa Sanitaria del Fasi al numero 06.518911 opzione 1.

SI RICORDA CHE PER TUTTI I CASI ESPOSTI LA CENTRALE INFORMATIVA SANITARIA (06. 518911 opzione 1)

E' a disposizione, dalle ore 8.00 alle ore 18.00 per fornire tutte le informazioni necessarie ed è in grado di fornire ulteriori informazioni sui nuovi servizi (fruibili in forma diretta) che le Strutture Sanitarie metteranno eventualmente in atto nell'arco dell'anno 2021.

Le Strutture Sanitarie concordano, all'atto del convenzionamento, le proprie tariffe per l'uso della sala operatoria sulla base delle fasce tariffarie riconosciute nel Nomenclatore-Tariffario. L'eventuale differenza tra la tariffa della Struttura Sanitaria preventivamente concordata e quella di rimborso del Fasi, rimane a carico dell'iscritto (eccedenza).

Si ricorda che la tariffa prevista per le singole voci relative agli interventi chirurgici (indipendentemente dalla tipologia di intervento e del regime in cui lo stesso viene eseguito) è omnicomprensiva delle prestazioni dell'operatore, degli aiuti, degli assistenti, dei tecnici, dell'anestesista e dell'assistenza prestata dall'équipe chirurgica durante il ricovero fino alla dimissione dell'assistito.

La Centrale Informativa Sanitaria del Fasi, in caso di difformità tra tariffe concordate all'atto del convenzionamento ed il preventivo di spesa di massima fornito all'iscritto, su richiesta di quest'ultimo, si attiverà per ottenere dalla Struttura Sanitaria interessata, tramite gli uffici preposti, i chiarimenti al riguardo nonché la correzione degli eventuali errori commessi.

ULTERIORI IMPORTANTI AVVERTENZE

LE STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE IN forma diretta APPLICANO AGLI ASSISTITI FASI UN TARIFFARIO PIU' VANTAGGIOSO RISPETTO AL TARIFFARIO PRIVATO NORMALMENTE ADOTTATO IN REGIME PRIVATISTICO.

In tutti i casi gli iscritti sono invitati a richiedere alla Struttura Sanitaria stessa, prima di eseguire qualsiasi prestazione con particolare riferimento ai ricoveri, un preventivo di spesa di massima che, volendo, nei casi più complessi, potrà essere verificato con il supporto della Centrale Informativa Sanitaria del Fasi chiamando il numero 06.518911 (opzione 1).

Le Strutture Sanitarie di seguito elencate adottano propri tariffari, anche molto diversificati tra loro, sia per il maggior comfort alberghiero sia per le attività libero professionali delle équipe medico-chirurgiche svolte in forma di intra-moenia.

Gli accordi prevedono l'anticipazione delle spese da parte delle strutture stesse, nei limiti previsti dal Nomenclatore – Tariffario in vigore all'atto della fatturazione a saldo, in favore degli iscritti. L'eventuale parte eccedente deve essere saldata (come da prassi per la forma diretta) in proprio dagli iscritti.

Al riguardo si precisa che non sempre la Struttura Ospedaliera/Universitaria riesce a quantificare in tempi brevi l'importo eccedente la tariffa Fasi da addebitare all'iscritto. In questi casi la Struttura stessa si metterà in contatto con l'iscritto/assistito comunicando l'ammontare dell'effettiva eccedenza a suo carico affinché provveda al relativo saldo. Anche in queste Strutture, gli iscritti possono fruire delle prestazioni presentandosi con la ricetta/ richiesta del proprio medico generico di base, ed usufruire ugualmente del maggior comfort alberghiero.

Si consiglia agli iscritti, prima di fruire delle prestazioni, di assumere informazioni presso le Strutture Sanitarie Ospedaliere sull'iter burocratico da seguire per l'accettazione e di richiedere un preventivo di spesa di massima, ove possibile con la specifica delle eccedenze a carico degli stessi al fine di evitare equivoci tra gli iscritti medesimi, il Fasi e le Strutture Sanitarie.

Nell'elenco che segue, non sono descritte le prestazioni offerte poiché le Strutture Ospedaliere/Policlinici Universitari svolgono la quasi totalità delle branche della medicina e chirurgia.

NOTE PER RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (R.S.A.) CONVENZIONATE IN FORMA DIRETTA

Le Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A) sono strutture in grado di rispondere al fabbisogno di assistenza residenziale degli iscritti/assistiti del Fasi che si trovano nella condizione di non autosufficienza totale o parziale; sono, quindi, strutture dove l'interazione tra le cure mediche e le cure assistenziali consente la migliore gestione della cronicità delle comorbidità dell'anziano.

Si ricorda che, relativamente ai ricoveri presso RSA, non è prevista alcuna compartecipazione alla spesa da parte del Fondo per il mantenimento del posto letto/stanza, nei casi in cui l'iscritto/assistito si allontani temporaneamente dalla struttura (soggetto a altro ricovero medico e/o chirurgico e/o altro che preveda pernottamenti esterni). Per il ricovero presso residenze sanitarie assistenziali, ai fini del rimborso indipendentemente dal regime di fruizione, oltre alla documentazione di spesa in copia, è necessario allegare copia del Piano Assistenziale Individuale (PAI) aggiornato non oltre i 6 mesi antecedenti la richiesta.

Di seguito, l'iscritto potrà trovare l'elenco delle Residenze Sanitarie Assistenziali R.S.A. convenzionate in forma diretta per l'anno 2021. L'elenco delle RSA convenzionate in forma diretta, come per le altre Strutture Sanitarie, può variare anche durante l'arco dell'anno.