

## NORME OPERATIVE

ASSISTENZA IN FORMA INDIRECTA (DOCUMENTAZIONE DI SPESA IN FOTOCOPIA)  
PRESSO STRUTTURE SANITARIE ODONTOIATRICHE NON CONVENZIONATE CON IL FASI

### **MODELLO UNIFICATO “PIANO DI CURE/RICHIESTA DI RIMBORSO”**

Il modello è utilizzabile per trasmettere al Fasi il “Piano di Cure”, ove previsto, oppure, in alternativa, la “Richiesta di Rimborso”, limitatamente alle prestazioni odontoiatriche per le quali non è espressamente necessaria la presentazione preventiva al Fondo del suddetto “Piano di Cure” (vedere colonna obblighi nel Nomenclatore – Tariffario riportato nella presente Guida).

### **UTILIZZO DEL MODELLO UNIFICATO COME “PIANO DI CURE”**

**Il “Piano di Cure” consente agli iscritti di conoscere preventivamente quali, tra le prestazioni ivi previste, sulla base delle informazioni in possesso del Fondo al momento dell’esame del “Piano di Cure” stesso, potranno essere ammesse al rimborso, secondo quanto espressamente previsto dal Nomenclatore – Tariffario Fasi in vigore, in merito alla tipologia delle prestazioni da eseguire e delle eventuali limitazioni temporali.**

Nel caso fosse necessario sottoporsi a cure odontoiatriche che prevedano anche prestazioni protesiche e/o implantologiche e/o ortodontiche, è indispensabile **inviare preventivamente il “Piano di Cure” utilizzando il modello unificato prelevabile dal sito [www.fasi.it](http://www.fasi.it) (sezione “modulistica” - “Modello unificato Piano di Cure/Richiesta Trimestrale di Rimborso”)** e quindi:

- presentare al proprio odontoiatra di fiducia il Nomenclatore – Tariffario Odontoiatria unitamente al suddetto modello (utilizzare un modulo per ciascun componente il nucleo familiare assistito, **avendo cura di indicare chiaramente il nominativo della persona soggetta alle cure odontoiatriche**), invitando l’odontoiatra medesimo alla sua compilazione. **Per la compilazione, è necessario che il medico odontoiatra curante trascriva il codice**, da individuare tra quelli presenti nel Nomenclatore – Tariffario in vigore, **corrispondente alla prestazione da eseguire, sotto il numero della sede dentaria (elemento dentario/arcata/emiarcata) soggetta a cure (contrassegnare con una X la relativa casella nel caso di cure su elementi dentari decidui)**. Laddove il medico non riuscisse ad individuare il codice corrispondente la prestazione/cura, può contattare la Centrale Informativa Sanitaria Odontoiatrica al n. 06.518911 opzione 1;
- accertare, prima di iniziare le cure, se per tutte o per alcune prestazioni odontoiatriche individuate come da eseguire sono previsti limiti od obblighi da rispettare, rilevabili dal Nomenclatore – Tariffario Odontoiatria in vigore. In particolare, **i limiti** indicano se una determinata cura odontoiatrica, ai fini dell’ottenimento del rimborso da parte del Fasi, può essere ripetuta nel tempo da ciascun assistito. **Gli obblighi**, invece, indicano quali esami diagnostici e/o certificazioni devono essere obbligatoriamente prodotti al Fasi (esempio: radiografie pre/post cure, copie referti esami istologici/radiologici, copie certificazioni laboratorio odontotecnico, foto intraorale, etc.) senza i quali le prestazioni potrebbero non essere riconosciute come rimborsabili dal Fondo;
- ottenuto il “Piano di Cure” dall’odontoiatra, l’iscritto potrà trasmetterlo **al Fasi in formato digitale** oppure, in via residuale solo qualora impossibilitati alla trasmissione telematica, a mezzo posta nelle sole modalità specificate. Tramite le proprie credenziali (numero posizione e password) accedendo alla propria Area Riservata, nella sezione “richiesta prestazioni”, sarà possibile eseguire **“invio del Piano di Cure on-line”**. Con una procedura semplificata e guidata, verrà richiesta la compilazione di alcuni campi obbligatori quali nominativo assistito (colui che deve fruire delle prestazioni) e presenza di documentazione prevista dal Nomenclatore – Tariffario (immagini radiografiche o fotografiche) e verrà dunque richiesta l’acquisizione informatica (upload) del “Piano di Cure” precedentemente compilato dal proprio odontoiatra (modulo di colore verde), nella sua totalità (2 pagine).

Qualora la documentazione radiografica fosse in un formato non compatibile con il sistema di upload, è prevista per il solo “Piano di Cure”, la possibilità di inoltrare il modulo “Piano di Cure” in formato digitale e di stampare un modulo di accompagnamento, da allegare alle immagini da inoltrare via posta, riportante tutti i riferimenti del “Piano di Cure” stesso.

Nel caso in cui l’iscritto/assistito rilevasse la necessità di assistenza per procedere con l’inoltro telematico, è a disposizione il numero telefonico 06.518911 opzione 3.

**SI RICORDA AGLI ISCRITTI, DI NON ASSOCIARE AL MODELLO UNIFICATO (di colore verde) COMPILATO COME RICHIESTA DI “PIANO DI CURE”, ALCUNA DOCUMENTAZIONE DI SPESA E/O DOCUMENTAZIONE RELATIVA A PRESTAZIONI SANITARIE DI DIVERSA NATURA E/O DI SOGGETTI DIVERSI DALL’INTESTATARIO DELLE CURE. NEL CASO IN CUI CIÒ AVVENISSE, TALE DOCUMENTAZIONE NON POTRÀ ESSERE PRESA IN ESAME.**

Qualora, l’iscritto non fosse nella possibilità di procedere all’invio telematico del “Piano di Cure”, potrà comunque trasmetterlo, a mezzo posta, con la procedura cartacea, fermo restando l’inoltro della documentazione obbligatoria (radiografica o fotografica) in copia fotostatica o stampa su carta semplice purché leggibile e completa di dati (nome, cognome, data di esecuzione, reperi e/o sede di riferimento).

In quest’ultimo caso, il “Piano di Cure” dovrà essere inviato a:

**FASI SERVIZIO ODONTOIATRIA  
Via Vicenza, 23 - 00185 Roma**

esclusivamente **PER POSTA PRIORITARIA e non a mezzo raccomandata.**

**Si ricorda che indipendentemente dalla modalità scelta per l’inoltro al Fasi del “Piano di Cure”, non è necessario attendere l’esito della verifica dello stesso per iniziare i trattamenti di cui si necessita;** la verifica da parte del Fondo è, infatti, di natura prettamente amministrativa e non vuole, in alcun modo, entrare nel merito della scelta terapeutica seguita dal proprio medico odontoiatra di fiducia (regolarmente abilitato e riconosciuto dalle Autorità competenti) e/o della Struttura Sanitaria per l’esecuzione delle prestazioni/cure.

Si rammenta altresì che, gli iscritti/assistiti secondo un principio di autodeterminazione possono fruire delle prestazioni proposte dal Fondo nella forma indiretta (struttura non convenzionata) oppure nella forma diretta, cioè presso una struttura sanitaria che ha aderito al network riconosciuto dal Fasi.

#### **Esito della Verifica del “Piano di Cure”**

Al ricevimento del “Piano di Cure” trasmesso dall’iscritto in formato digitale attraverso l’utilizzo delle procedure online, l’iscritto stesso riceverà per via telematica un avviso di avvenuta ricezione.

Il Fasi effettuerà le opportune verifiche di compatibilità tra i codici indicati nel modulo “Piano di Cure”, mediante i consulenti medici odontoiatri, **inviando, entro 7 giorni lavorativi dall’arrivo al Fondo del suddetto Piano** e per ogni “Piano di Cure” trasmesso, l’esito della verifica amministrativa identificato da un numero di riconoscimento univoco. In particolare, l’iscritto riceverà, tramite posta elettronica, all’indirizzo e-mail depositato presso il Fondo (dall’iscritto comunicato), l’avviso della “disponibilità dell’esito consultabile nella propria Area Riservata”.

**Si fa presente che, scegliendo la modalità di inoltro cartaceo della documentazione obbligatoria con l’apposito modulo di accompagnamento, il “Piano di Cure” sarà esaminato solo a seguito del ricongiungimento dei documenti (“Piano di Cure” telematico e documentazione cartacea inviata a mezzo posta).**

Nel caso in cui fossero rilevate delle incompatibilità medico-amministrative tra i codici prestazione, con particolare riguardo alle “specifiche di branca e sottobrancha”, “prestazioni non rimborsabili”, ai “limiti temporali” di rimborsabilità ed agli “obblighi”, riportati nel Nomenclatore – Tariffario Odontoiatria in vigore, il Fasi ne evidenzierà i motivi all’interno dell’esito stesso se rilevabili all’atto dell’esame.

Qualora si fosse proceduto all’inoltro del “Piano di Cure” in formato cartaceo, il Fasi, dopo aver effettuato le previste verifiche amministrative, **invierà l’esito entro 12 giorni lavorativi dall’arrivo del suddetto “Piano di Cure”**. In tal caso, se l’iscritto/assistito avesse comunicato al Fasi un indirizzo e-mail valido, l’avviso della

“disponibilità dell'esito consultabile nella propria Area Riservata” sarà inoltrato, tramite posta elettronica, all'indirizzo e-mail depositato presso il Fondo. Nel caso in cui, l'iscritto/assistito non avesse ancora comunicato un indirizzo e-mail valido, il Fondo procederà con l'inoltro dell'esito tramite posta ordinaria.

***La valutazione dei limiti temporali e/o delle compatibilità tra i codici avviene in funzione della contestualità della richiesta di prestazioni, di quelle già liquidate al momento dell'esame del “Piano di Cure” inviato e non può, ovviamente, tener conto delle richieste in via di definizione o di quelle non risultanti al Fondo e/o non visibili dalla documentazione sanitaria.***

Per tale motivo, seppure una prestazione abbia ricevuto esito positivo all'atto della verifica del “Piano di Cure”, al momento dell'esame della Richiesta Trimestrale di Rimborso potrebbe risultare non liquidabile con la motivazione di “Prestazione Eccedente i Limiti” oppure perché la prestazione riportata nel “Piano di Cure” risulta diversa da quella eseguita od ancora non è compatibile con le prestazioni liquidate o con quelle risultanti dalla documentazione sanitaria.

**SI RICORDA, COME ESPLICITAMENTE RIPORTATO ANCHE NELLE PRECEDENTI PUBBLICAZIONI, CHE L'ESITO DELLA “VERIFICA DEL PIANO DI CURE” NON DEVE ESSERE CONSIDERATO QUALE IMPEGNO AL PAGAMENTO DA PARTE DEL FASI NÉ PER LE PRESTAZIONI FRUITE IN FORMA INDIRECTA NÉ PER QUELLE IN FORMA DIRETTA.**

L'effettiva rimborsabilità delle prestazioni richieste, infatti, può essere confermata solo dopo l'esame della documentazione inoltrata con la richiesta di rimborso nella sua interezza (documenti di spesa in copia, richiesta trimestrale debitamente compilata, copie di eventuali certificazioni, copie di radiografie e/o fotografie etc.).

#### ***Esito verifica anagrafico/contributiva***

L'esito della Verifica del “Piano di Cure” comprende anche eventuali segnalazioni, presenti nell'ultima pagina, in merito a problemi di natura anagrafica e/o contributiva (proroghe familiari non pervenute, irregolarità contributiva, etc.), al fine di permettere all'iscritto di provvedere tempestivamente alla loro risoluzione. In tutti i casi, il sistema di inoltro telematico del “Piano di Cure”, evidenzierà eventuali problematiche anche all'atto della compilazione dei campi della suddetta sezione, senza però inibirne la trasmissione. Si ricorda che sarà ammessa al rimborso solo la documentazione di spesa presentata secondo le modalità (riportate nella presente Guida) ed i termini previsti dal Regolamento ed emessa nel periodo di effettiva assistibilità dell'iscritto principale al Fondo ed, nel caso di familiari, anche nel periodo di effettiva assistibilità del familiare stesso.

Si invitano, pertanto, gli iscritti a prendere visione di tutta la documentazione allegata all'esito del “Piano di Cure” nonché di verificare lo stato di assistibilità accedendo alla propria Area Riservata utilizzando le apposite credenziali (proprio codice di iscrizione e password personale).

Nel caso fossero necessari ulteriori chiarimenti di natura anagrafico/contributiva, è a disposizione il numero 06.518911 opzione 2.

#### ***Invio all'iscritto del Modulo Richiesta Trimestrale di Rimborso Odontoiatria, unicamente nei casi di presentazione del Modello Unificato come “PIANO DI CURE”.***

Contestualmente all'esito della verifica del “Piano di Cure”, il Fasi provvederà a trasmettere all'iscritto il “Modulo Richiesta di Rimborso Odontoiatria” (graficamente diverso dal Modello Unificato), pre compilato dal Fasi medesimo, nel quale sono riportate, oltre agli estremi anagrafici dell'iscritto e/o del familiare interessato alle cure, anche le istruzioni per la compilazione.

Sul modulo di Richiesta Trimestrale di Rimborso Prestazioni Odontoiatriche saranno riportate tutte le prestazioni indicate nel “Piano di Cure” precedentemente inoltrato, indipendentemente dall'esito della verifica preventiva.

**Nel caso in cui sia stato necessario procedere con l'inoltro del Piano in modalità cartacea**, al relativo esito saranno allegati gli eventuali accertamenti radiografici e/o fotografici, solo **ed esclusivamente** se precedentemente trasmessi in originale. Nel caso di trasmissione di un “Piano di Cure” telematico con l'opzione di inoltro degli accertamenti radiografici via posta con “modulo di accompagnamento”, qualora questi siano stati impropriamente inviati in originale, saranno restituiti, fermo restando che, il relativo esito del “Piano di Cure” sarà comunque trasmesso telematicamente.

*Il Fondo, avendo fornito indicazioni precise sulla modalità di inoltro della documentazione sanitaria, non può essere ritenuto responsabile dell'eventuale smarrimento dei predetti documenti inviati in originale.*

#### ***Modifica del “Piano di Cure”***

Nel caso in cui l'odontoiatra curante disponesse eventuali modifiche di un “Piano di Cure” già trasmesso dall'iscritto al Fasi, dovrà necessariamente essere inoltrato un nuovo modello di “Piano di Cure” in cui dovranno essere riportate tutte le prestazioni che si intendono eseguire o in corso di esecuzione ma di cui, comunque, non si è ancora inoltrata la relativa richiesta di rimborso.

Nel caso di integrazione di prestazioni, non vincolate ad obblighi o con obblighi già presentati, l'iscritto ha la facoltà di "aggiungerle" come prestazioni "FUORI PIANO DI CURE" nella apposita sezione della "Richiesta Trimestrale di Rimborso", ricevuta con l'esito del "Piano di Cure", avendo cura di specificare il codice delle prestazioni, indicando gli elementi dentari/arcate/emiarcate soggetti alle cure e l'importo da imputare ad ognuna delle prestazioni. In quest'ultimo caso la verifica di compatibilità delle prestazioni inserite "Fuori Piano di Cure" sarà effettuata solo all'atto dell'esame della richiesta di rimborso prestazioni, valutandole contestualmente a quelle inserite nella richiesta stessa. Per tale motivo, l'esito finale potrebbe essere diverso da quello precedentemente comunicato e/o comunque atteso.

Il Fasi, effettuate le necessarie verifiche amministrative e di compatibilità delle prestazioni indicate rispetto al Nomenclatore – Tariffario in vigore, trasmetterà all'iscritto l'esito del nuovo "Piano di Cure" al quale sarà attribuito un diverso numero di riconoscimento, nonché un Nuovo Modello di Richiesta di Rimborso Odontoiatria secondo quanto riportato nel paragrafo "Esito della Verifica del Piano di Cure".

#### **Monitoraggio online dello stato di lavorazione del "Piano di Cure"**

Si segnala che, attraverso le proprie credenziali, è possibile accedere tramite il sito del Fasi ([www.fasi.it](http://www.fasi.it)) all'Area Riservata personale, dove si potrà seguire lo stato di lavorazione del "Piano di Cure" nonché stamparne l'esito con il relativo modello di "Richiesta Trimestrale Prestazioni Odontoiatriche" ad esso associato, senza dover attendere dal Fondo l'eventuale inoltro per posta ordinaria (previsto nei soli casi in cui non sia disponibile un indirizzo e-mail valido).

#### **Invio ONLINE delle richieste trimestrali di rimborso delle spese odontoiatriche fruiti in forma indiretta**

Il modulo di "Richiesta Trimestrale di Rimborso Odontoiatria" (ricevuto con l'esito del "Piano di Cure") - al quale l'iscritto **dovrà allegare, tramite upload, la documentazione di spesa preventivamente digitalizzata** nonché tutti gli obblighi previsti dalle cure effettuate - **dovrà essere trasmesso al Fasi per via telematica, nei termini massimi regolamentari previsti.**

In particolare, utilizzando le proprie credenziali (numero di posizione e password) si dovrà accedere nella propria Area Riservata dove, nella sezione "richiesta di prestazioni", sarà possibile eseguire l'invio delle pratiche online.

Seguendo una procedura semplificata e guidata, verrà richiesto di:

- o indicare la tipologia di richiesta selezionando "odontoiatria";
- o indicare il nominativo dell'assistito a cui si riferisce la richiesta di rimborso prestazioni odontoiatriche. Si ricorda che il nominativo deve essere quello corrispondente al soggetto che ha fruito le cure (che a sua volta corrisponderà a quello del documento di spesa o comunque in esso chiaramente riportato);
- o indicare l'anno e il trimestre di riferimento della richiesta di rimborso che si sta inoltrando. Si precisa che l'anno e il trimestre sono da imputarsi in base alla data della fattura di saldo/saldo parziale che si sta presentando secondo il seguente esempio: richiesta di rimborso odontoiatria costituita da n.3 documenti di spesa di cui un primo acconto datato 13 dicembre 2019, un secondo acconto datato 25 giugno 2020 ed un saldo/saldo parziale datato 9 gennaio 2021, l'anno di riferimento è il 2021 e il trimestre di competenza è il 1°. Qualora fossero decorsi i termini di presentazione della documentazione di spesa (Regolamento), il sistema non renderà disponibile l'opzione del trimestre/anno della di cui fattura;
- o indicare in calce al "Modello unificato odontoiatria" l'eventuale iscrizione ad un Fondo Cassa/Fondo Sanitario Integrativo al Fasi e con quest'ultimo accreditato (l'elenco è riportato all'interno del Sito Istituzionale del Fasi);
- o indicare i dati della documentazione di spesa. Verrà richiesto l'inserimento di questi dati per ogni documento di spesa che sarà allegato alla pratica di rimborso (una richiesta per ogni singolo soggetto). Si ricorda di indicare esclusivamente i dati delle fatture odontoiatriche relative all'assistito intestatario della richiesta stessa (colui che ha fruito delle cure);
- o eseguire l'acquisizione telematica (upload) del "Modulo di Richiesta Trimestrale di Rimborso Odontoiatria" compilato in tutte le sue parti;
- o eseguire l'upload della documentazione di spesa odontoiatria. Nel caso in cui la richiesta di rimborso odontoiatria prevedesse più di una fattura, sarà possibile eseguire più volte l'upload. In tal caso, quindi, al fine di evitare disguidi, si suggerisce di effettuare la scansione dei documenti di spesa singolarmente e di effettuare un upload per ogni documento di spesa afferente alla medesima richiesta/pratica. Si ricorda di non acquisire documentazione di spesa non inerente all'assistito intestatario della richiesta o documentazione di spesa relativa ad altre tipologie di prestazioni. Si ricorda inoltre di non acquisire nella presente sezione documentazione diversa da quella di spesa (esempio: dichiarazioni; radiografie;

certificati ecc.):

- o eseguire l'upload della documentazione sanitaria (Rx endorali – Ortopanoramiche – Fotografie intraorali – certificazioni del laboratorio odontotecnico etc.) pertinente alla richiesta di rimborso per prestazioni odontoiatriche relative all'assistito intestatario della richiesta ed esclusivamente nei formati previsti dal sistema. Si ricorda di non acquisire nella presente documentazione diversa da quella sanitaria (esempio: documentazione di spesa; moduli ecc.). A tal proposito si ricorda che, qualora si rilevasse la necessità di assistenza per la procedura, è a disposizione il numero telefonico 06.518911 opzione 3.

**Solo per la modalità di richiesta di rimborso online delle prestazioni odontoiatriche sarà permesso l'inoltro anticipato delle stesse, ovvero, senza necessariamente attendere il trimestre successivo a quello di emissione del giustificativo di spesa, fermo restando il termine massimo di presentazione previsto dall'art. M del Regolamento vigente.**

**A tal proposito si ricorda che il sistema telematico rileverà l'eventuale tentativo di inoltro della richiesta di rimborso oltre i termini stabiliti inibendone l'invio (l'imputazione di un trimestre non corretto rispetto a quello effettivo non costituisce diritto al rimborso).**

***Invio CARTACEO delle richieste trimestrali di rimborso delle spese odontoiatriche fruite in forma indiretta***

Nei casi in cui non fosse possibile procedere con l'invio in modalità online della richiesta trimestrale di rimborso per le spese odontoiatriche, si potrà ancora procedere con l'inoltro cartaceo del modulo di "Richiesta Trimestrale di Rimborso Odontoiatria" (ricevuto con l'esito del "Piano di Cure"), al quale l'iscritto dovrà allegare la documentazione di spesa esclusivamente in fotocopia (fotocopia del documento originale in cui risulti inequivocabile l'assoggettamento all'imposta di bollo), nonché tutti gli obblighi previsti per le cure effettuate, sempre in copia e complete di tutti i riferimenti, a:

**FASI SERVIZIO ODONTOIATRIA  
Via Vicenza, 23 - 00185 Roma**

mediante **assicurata o raccomandata semplice**, SENZA RICEVUTA DI RITORNO.

**La richiesta di rimborso cartacea** delle prestazioni odontoiatriche, **diversamente dalla procedura telematica, dovrà essere inoltrata al Fasi, rispettando i termini previsti dall'art. M del Regolamento vigente** (cadenza trimestrale secondo il trimestre di competenza del documento di spesa a saldo/saldo parziale), separatamente dalle richieste di eventuali nuovi "Piani di Cure" o dalla richiesta di rimborso riferita ad altre tipologie di prestazioni (visite specialistiche, interventi chirurgici, analisi di laboratorio, etc.), per le quali deve essere utilizzato un diverso modello che prevede anche l'applicazione della etichetta autoadesiva trimestrale.

Anche in questo caso si invita a non inoltrare documentazione sanitaria e/o fiscale di soggetti diversi dall'assistito intestatario della pratica (in conformità con quanto previsto dalla normativa sulla privacy).

***L'INOLTRO DELLA RICHIESTA TRIMESTRALE, EFFETTUATO CON MODALITÀ DIVERSE DA QUELLE SOPRA ESPOSTE, DETERMINA RITARDI NELLE LIQUIDAZIONI NONCHÉ LA POSSIBILE PERDITA DEL DIRITTO AL RIMBORSO.***

**UTILIZZO DEL MODELLO UNIFICATO COME "RICHIESTA TRIMESTRALE DI RIMBORSO"**

Nel caso in cui non fosse necessaria la presentazione preventiva del "Piano di Cure", in quanto le prestazioni da eseguire non prevedono tale necessità (verificare a tale proposito la colonna obblighi presente nel Nomenclatore – Tariffario Odontoiatria in vigore riportato nella presente Guida), sarà sufficiente far compilare dal proprio odontoiatra il "Modello Unificato come Richiesta Trimestrale di Rimborso" (di colore verde). Per utilizzare il Modello Unificato come "Richiesta Trimestrale di Rimborso" deve essere indicato, oltre al codice relativo alla prestazione eseguita, anche l'importo fatturato dal proprio medico odontoiatra relativamente alla prestazione stessa e non l'importo di rimborso previsto dal Fondo (in modo che il totale delle tariffe indicate corrisponda al totale indicato nella/e fattura/e allegata/e). Il Modello Unificato, compilato come sopra indicato, accompagnato dalla copia della documentazione di spesa (**fotocopia dell'originale regolarmente assoggettato ad imposta di bollo**), nonché dalla ulteriore documentazione eventualmente prevista ed esposta nel Nomenclatore – Tariffario in vigore, sempre in copia, dovrà essere **inviato in modalità digitalizzata secondo la procedura riportata nel precedente paragrafo "Invio ONLINE" delle richieste trimestrali di rimborso delle spese odontoiatriche fruite in forma indiretta**, dove il "Modulo di Richiesta Trimestrale di Rimborso Odontoiatria" dovrà essere sostituito dal "Modello Unificato utilizzato come Richiesta Trimestrale di Rimborso" (barrare l'apposita casella presente nel modulo).

Qualora invece si utilizzasse l'invio cartaceo, il Modello Unificato compilato come sopra riportato, completo della documentazione di spesa in copia e di quella eventualmente prevista anch'essa in copia, dovrà essere inviato con Raccomandata semplice o assicurata a:

**FASI SERVIZIO ODONTOIATRIA**  
**Via Vicenza 23 - 00185 Roma**

con le consuete modalità e nei termini trimestrali previsti (art. M del Regolamento), per il relativo rimborso.

***Si raccomanda, anche in questo caso, di non associare la richiesta di rimborso odontoiatria ad altre richieste di rimborso per tipologie diverse di prestazioni (visite specialistiche, interventi chirurgici, analisi di laboratorio, etc.) oppure a nuovi eventuali modelli di "Piano di Cure", oppure documentazione sanitaria e/o fiscale di soggetto diverso rispetto l'intestatario della pratica (in conformità con quanto previsto dalla normativa sulla privacy).***

**L'INOLTRO DELLA RICHIESTA TRIMESTRALE, EFFETTUATO CON MODALITÀ DIVERSE DA QUELLE SOPRA ESPOSTE, DETERMINA RITARDI NELLE LIQUIDAZIONI NONCHÉ LA POSSIBILE PERDITA DEL DIRITTO AL RIMBORSO.**

**NOTA IMPORTANTE**

Non è possibile inviare al Fondo, con modalità digitalizzata od in formato cartaceo, un unico giustificativo di spesa per prestazioni odontoiatriche relative a più assistiti dello stesso nucleo familiare. Qualora ciò accadesse si determineranno ritardi nei tempi di verifica e di rimborso, oltre ad eventuali liquidazioni non conformi alle attese.

È quindi necessario trasmettere una fattura/ricevuta separata e diversa per ogni assistito che abbia fruito di cure odontoiatriche, da allegare alla rispettiva richiesta di rimborso (una richiesta di prestazioni per ogni assistito) sulla quale dovranno essere riportate le sole prestazioni eseguite dall'assistito stesso.

## CURE ODONTOIATRICHE ESEGUITE ALL'ESTERO

Le modalità per l'inoltro telematico della documentazione con il relativo processo di digitalizzazione, semplificano l'iter anche per le prestazioni eseguite all'estero, pur rimanendo invariata la necessità di presentare un "Piano di Cure" con gli obblighi previsti, laddove si rendessero necessarie cure protesiche, implantologiche, di chirurgia orale o cure ortodontiche. Anche in questo caso non dovrà essere associato alcun documento di spesa al "Piano di Cure" digitalizzato.

Nel caso in cui non fosse possibile far compilare l'apposito "Modello Unificato", per problemi legati alla lingua del paese estero o di interpretazione del Nomenclatore, potrà essere trasmessa con modalità digitalizzata e **unitamente al modello una relazione redatta dall'odontoiatra (accompagnata da una traduzione in italiano o in inglese)** nella quale siano specificate in modo dettagliato le prestazioni da eseguire, **con l'indicazione degli elementi dentari/arcate/emiarcate soggette a cure (oltre alla eventuale documentazione pre cure)**. Tale invio potrà essere effettuato secondo le modalità previste per l'inoltro del "Piano di Cure" digitalizzato (vedere paragrafo "Utilizzo del modello unificato come Piano di Cure").

Sarà il Fasi, nel caso suindicato, a predisporre d'ufficio il "Piano di Cure" inviandone l'esito (vedere paragrafo "Esito della Verifica del Piano di Cure"), identificato da un numero di riconoscimento univoco, con il relativo "Modulo Richiesta Trimestrale Prestazioni Odontoiatriche" (prelevabile dall'Area Riservata personale presente sul sito internet del Fasi, accessibile tramite password e codice iscritto), che dovrà successivamente essere compilata e inviata **online** unitamente ai giustificativi di spesa, oltre alla documentazione post cure prevista (vedere paragrafo "Invio ONLINE delle richieste trimestrali di rimborso per le prestazioni odontoiatriche"). Nel caso in cui le prestazioni fossero eseguite e fatturate in Paesi al di fuori dell'Unione Europea, si ricorda che non è necessario allegare la certificazione di conformità prevista dal Nomenclatore - Tariffario per alcune prestazioni, purché sia chiaramente rilevabile il Paese in questione.

Qualora l'iscritto lo ritenesse necessario potrà contattare la **Centrale Informativa Sanitaria Odontoiatrica (n. 06.518911 opzione 1)**, i cui operatori sono a disposizione, con l'ausilio dei consulenti medici odontoiatri, come supporto nella codifica delle prestazioni da inserire nel "Piano di Cure", oppure nella richiesta di rimborso.

Si precisa che gli operatori della Centrale Informativa Sanitaria e/o gli operatori degli altri servizi, in linea con quanto disciplinato in materia di privacy e delle ultime modificazioni/integrazioni in materia, prima di rilasciare indicazioni telefoniche e fornire informazioni di natura sanitaria e/o amministrativa riferibili all'iscritto/assistito, richiederanno conferma di dati a mezzo di domande al fine di identificare in modo corretto l'interlocutore a cui saranno rilasciati chiarimenti.

Qualora non si trattasse di prestazioni di tipo chirurgico, protesico, implantologico e ortodontiche, l'assistito deve comunque inviare telematicamente, la relazione sopra indicata con la relativa traduzione e specifica degli elementi soggetti a cure, allegando al contempo anche la fattura ed eventuali certificazioni. Sarà il Fasi ad istruire direttamente la richiesta di rimborso.

Poiché non tutti i Paesi fuori dall'Unione Europea utilizzano lo schema dentario internazionale, è assolutamente necessario che nella relazione del medico odontoiatra, o nella traduzione in italiano, piuttosto che in quella in inglese, compaia chiaramente il Paese in cui si effettuano le cure, al fine di poter imputare correttamente le prestazioni.

Poiché le modalità di fatturazione delle prestazioni odontoiatriche possono variare da Paese a Paese, **il Fasi si riserva di richiedere**, oltre al giustificativo di spesa da presentare esclusivamente in copia **anche la copia della quietanza di pagamento**; in questo caso, il trimestre di competenza sarà determinato dalla data della quietanza

stessa.

Si ricorda infine che, anche per le cure odontoiatriche eseguite all'estero, rimangono validi gli obblighi e i limiti temporali di rimborsabilità delle prestazioni e le regole relative all'inoltro della documentazione di spesa per accedere al rimborso delle prestazioni odontoiatriche, nei limiti economici massimi indicati nel Nomenclatore - Tariffario in vigore.



## CURE ODONTOIATRICHE ESEGUITE IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO (ITER OPERATIVO)

Per le prestazioni odontoiatriche eseguite in regime di ricovero notturno o Day Hospital, non è possibile seguire l'iter descritto nella presente Guida. Si precisa che, nell'ambito della Guida stessa, non sono previsti i rimborsi per l'addebito della degenza notturna o diurna, dell'uso della sala operatoria o per la sala chirurgica ambulatoriale. Pertanto, qualora l'iscritto debba sottoporsi a cure odontoiatriche con anestesia generale che prevedano un ricovero, si deve fare riferimento al Tariffario per le prestazioni di medicina e chirurgia edizione 1.1.2021.

In tal caso, non dovrà essere inoltrato un "Piano di Cure" preventivo né istruita una richiesta di rimborso odontoiatrica ma i giustificativi di spesa in copia, emessi dalla Struttura Sanitaria in possesso della autorizzazione rilasciata dalle autorità competenti, dovranno essere inviati insieme alle altre spese mediche non odontoiatriche, allegando la documentazione pre e post cure, nonché eventuale certificazione indicata nella presente Guida verde e una copia della cartella clinica dalla quale si potranno rilevare tutte le prestazioni odontoiatriche eseguite ed il quadro sistemico critico per la salute dell'assistito tale da rendere necessario il ricovero.

Anche in questo caso, qualora la documentazione sanitaria da allegare alla richiesta di rimborso telematica, fosse eccessivamente gravosa per un invio online, il sistema ne darà indicazione, permettendo l'invio, a mezzo posta raccomandata, della rimanente documentazione unitamente ad un documento di accompagnamento che sarà utilizzato per il ricongiungimento della documentazione cartacea con quella ricevuta in modalità digitale.

Il rimborso delle prestazioni odontoiatriche avverrà comunque nei limiti economici e temporali previsti dal Nomenclatore – Tariffario odontoiatria edizione 1.1.2021 mentre, per le altre voci non previste da quest'ultimo, si farà riferimento (qualora presenti e riconosciute come rimborsabili) al Nomenclatore – Tariffario relativo alle prestazioni di medicina e chirurgia edizione 1.1.2021.

L'anestesia generale (omnicomprensiva dell'assistenza anestesiológica e dei farmaci/medicinali) è rimborsabile esclusivamente nei casi sopra esposti ed esclusivamente se rilevabile dalla cartella clinica, secondo la tariffa indicata nel Nomenclatore – Tariffario odontoiatria edizione 1.1.2021 (con tariffe massime di rimborso 2018 confermate). Si precisa che la sedazione profonda e la sedazione cosciente (non rimborsabili) non sono assimilabili alla anestesia generale. Per tutti gli altri casi le spese relative all'anestesia (competenza del professionista ed eventuali medicinali) sono comprese nelle tariffe di rimborso delle prestazioni odontoiatriche stesse.

Si ricorda che, per le prestazioni relative alla Chirurgia Maxillo-Facciale, potrà essere riconosciuto il rimborso solo se eseguite in corso di ricovero presso strutture sanitarie regolarmente autorizzate dalle autorità competenti ed esclusivamente se eseguite da un medico chirurgo con regolare specializzazione in Chirurgia Maxillo-Facciale, mentre le prestazioni odontoiatriche saranno rimborsabili, indipendentemente se fruite in corso di ricovero oppure in forma ambulatoriale (studio/ambulatorio/poltrona odontoiatrica) esclusivamente se eseguite da un medico odontoiatra laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria oppure da un medico chirurgo laureato in medicina e chirurgia prima di gennaio 1980, quelli rientranti nel D.Lgs. 386/1998 e quelli che risultano aver conseguito la specializzazione in uno dei campi odontoiatrici riconosciuti nel D.M. del 18 settembre 2000; **in tutti i casi, il titolo e la relativa specializzazione deve regolarmente essere registrata presso l'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.**

Inoltre si fa presente che per alcuni atti chirurgici, seppur eseguiti da medico-chirurgo specializzato in Chirurgia Oro-Maxillo-Facciale, la valutazione del rimborso, in particolar modo se eseguiti in regime ambulatoriale (studio/ambulatorio/poltrona odontoiatrica), avverrà anche con riferimento ai codici previsti dal Nomenclatore – Tariffario odontoiatria in vigore.

## SUGGERIMENTI - AVVERTENZE

Quanto di seguito descritto è da tenere presente in particolare per la procedura di inoltro cartacea. Si consiglia di:

- o effettuare sempre una fotocopia del “Piano di Cure” compilato, prima di inviarlo al Fasi;
- o **verificare attentamente tutti i dati riportati sul “Piano di Cure” onde evitare disguidi nella successiva fase di presentazione della richiesta di rimborso;**
- o verificare, al ricevimento dell’esito del “Piano di Cure”, la completezza dei dati riportati;
- o fare una copia delle richieste di rimborso (totali o parziali), delle fatture ad esse associate da inoltrare al Fondo (i cui originali dovranno essere conservati dall’iscritto) e della documentazione inviata, poiché il Fasi non effettua in nessun caso servizio copie. **L’eventuale documentazione di spesa erroneamente inviata al Fasi in originale, non verrà restituita;**
- o compilare la richiesta di rimborso esclusivamente per le prestazioni fruite e fatturate eliminando tutte quelle per le quali non si deve, ancora, chiedere il rimborso (richieste parziali di rimborso) o per le quali si è già ottenuta la liquidazione;
- o conservare sempre nel caso di invio cartaceo, il cedolino della raccomandata con cui si è inoltrata la richiesta di rimborso fino alla avvenuta liquidazione. Si ribadisce che non possono essere inviate richieste di rimborso per prestazioni odontoiatriche insieme a quelle per prestazioni di medicina e chirurgia. Qualora ciò accadesse, la ricevuta originale della raccomandata (semplice o assicurata) non potrà essere inequivocabilmente imputabile ad una delle due tipologie di richieste di rimborso.

Ulteriori avvertenze:

- o **Nei casi in cui, in via residuale, dovesse essere riscontrata la non idoneità dei mezzi di accertamento (foto intraorale, ortopantomica, pre e post cure, foto del morso/morso inverso, etc.) atti a fornire gli elementi di valutazione strettamente indispensabili al Fasi per accertare l’effettiva esecuzione delle cure (sia fruite in forma indiretta sia in forma diretta), il Fondo si riserva la facoltà di sottoporre l’assistito ad una visita medica di controllo.**

Tale visita verrà effettuata da un medico incaricato dal Fasi, presso una delle strutture da quest’ultimo indicata, al fine di fugare eventuali dubbi rilevati durante l’esame della richiesta di rimborso. In tale contesto, l’iscritto dovrà presentare tutta la documentazione radiografica/fotografica in suo possesso con particolare riguardo a quella pre cure relativa alle prestazioni oggetto della verifica. Nel caso in cui si rendesse necessario, il predetto medico potrà anche prescrivere l’esecuzione di eventuali accertamenti diagnostici. Le eventuali spese di trasferimento verso la predetta struttura (e ritorno), sono da considerarsi a carico dell’assistito così come eventuali eccedenze derivanti dagli ulteriori accertamenti diagnostici (o importi eventualmente eccedenti i limiti).

**SI INVITANO GLI ISCRITTI/ASSISTITI, QUALORA NON LO AVESSERO ANCORA FATTO, A COMUNICARE UN INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA ED UN NUMERO DI CELLULARE VALIDI OVE POTER RICEVERE COMUNICAZIONI DA PARTE DEL FONDO. L’AGGIORNAMENTO COSTANTE DI TALI INFORMAZIONI, PERMETTERÀ AL FASI DI FORNIRE UN SERVIZIO PIÙ TEMPESTIVO E PUNTUALE.**

## NORME OPERATIVE

### ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA (SOLO DIGITALIZZATA) PRESSO STRUTTURE SANITARIE ODONTOIATRICHE CONVENZIONATE CON IL FASI

Si conferma anche per il 2021, la diversificazione tra le tariffe di rimborso per le prestazioni effettuate presso Strutture Sanitarie Odontoiatriche non convenzionate e quelle convenzionate in forma diretta, con i vantaggi già noti agli iscritti. I costi delle prestazioni rese in quest'ultime strutture saranno richiesti al Fondo dalle Strutture Sanitarie solo ed esclusivamente in modalità digitalizzata, inviando quindi telematicamente le fatture (regolarmente assoggettate ad imposta di bollo), i cui originali saranno obbligatoriamente consegnati agli assistiti che non devono trasmetterli al Fasi né in originale né in copia.

Si ricorda quindi che, fruendo delle prestazioni in forma diretta, oltre a beneficiare del vantaggio economico, gli iscritti non dovranno occuparsi della procedura amministrativa, prevista per ottenere i rimborsi da parte del Fasi, in quanto la stessa viene svolta direttamente dalle Strutture Sanitarie Odontoiatriche convenzionate in forma diretta. Si ricorda che **la Struttura Sanitaria Odontoiatrica Convenzionata è obbligata ad applicare la forma diretta** a tutti gli iscritti/assistiti Fasi che siano in regola con la posizione anagrafico/contributiva.

Si specifica che è pacificamente riconosciuto il diritto del cittadino sulla “libera scelta” della Struttura Sanitaria e/o del professionista laureato in Medicina e Chirurgia e/o in Odontoiatria e Protesi Dentaria (regolarmente abilitato e riconosciuto dalle Autorità competenti) per l'esecuzione delle prestazioni/cure. Quindi, gli iscritti/assistiti secondo un principio di autodeterminazione possono fruire delle prestazioni proposte dal Fondo nella forma indiretta (struttura non rientrante nel network riconosciuto dal Fondo) oppure nella forma diretta, cioè presso una struttura sanitaria con il quale il Fasi intrattiene rapporti di convenzione, per il tramite di IWS (Industria Welfare e Salute), in favore degli iscritti stessi. Pertanto, qualora si opti per la scelta di fruire delle prestazioni in forma diretta presso Strutture convenzionate, si ricorda di comunicare, prima dell'inizio delle cure, al relativo ufficio preposto l'iscrizione al Fondo Fasi.

Le Strutture Sanitarie odontoiatriche convenzionate sono collegate telematicamente 24 ore al giorno per 365 giorni l'anno. Tale tipologia di collegamento garantisce sempre la massima sicurezza dei dati, con particolare riferimento al D.Lgs.196/03 e al Regolamento UE 2016/679 sulla privacy.

**È consigliabile verificare l'elenco delle strutture convenzionate, consultando il sito del Fondo ([www.fasi.it](http://www.fasi.it)) essendo, lo stesso, costantemente aggiornato.**

Si ricorda che gli accordi di convenzione in forma diretta prevedono che il Fondo riconosca alla Struttura Odontoiatrica convenzionata, liberamente individuata dall'iscritto, la quota a carico Fasi sulla base delle tariffe massime di rimborso previste dal Nomenclatore – Tariffario in vigore.

Conseguentemente, l'iscritto dovrà saldare alla Struttura Odontoiatrica le sole eccedenze, rappresentate dalla differenza tra la tariffa “agevolata”/ in convenzione applicata dalla Struttura Odontoiatrica e la tariffa di rimborso prevista dal Fasi stesso (importo massimo previsto dal Nomenclatore – Tariffario in vigore).

A tutela dell'iscritto, le Strutture Sanitarie Odontoiatriche convenzionate forniscono, per tutte le prestazioni da loro eseguite, il proprio listino privato a comprova e garanzia che le tariffe concordate all'atto del convenzionamento sono inferiori e vantaggiose per gli iscritti Fasi, anche per quelle prestazioni non rimborsabili dal Fondo, applicando per queste ultime delle tariffe inferiori rispetto a quelle private normalmente adottate.

Qualora la Struttura Sanitaria dovesse, anche per un periodo breve di tempo, adottare tariffe private inferiori a quelle concordate al momento del convenzionamento, mantenendo il regime di forma diretta, è obbligata ad applicare di volta in volta, agli assistiti Fasi, le tariffe più favorevoli.

Si precisa, inoltre, che il Fasi, per le problematiche di natura medica, si avvale della Società Pro.ge.sa. S.r.l.

(Progetti e Gestioni Sanitarie), che con i suoi medici-chirurghi-odontoiatri presta la propria collaborazione al Fondo. La predetta Società è coadiuvata da Consulenti Odontoiatri con comprovata esperienza per tematiche puramente scientifiche.

Ciò premesso, di seguito si riportano le procedure da seguire per accedere **alle prestazioni odontoiatriche fornite in forma diretta dalle Strutture convenzionate**:

- o gli iscritti che desiderino usufruire degli accordi diretti **dovranno comunicare e comprovare immediatamente, prima di iniziare le cure e quindi all'atto della prima visita**, all'ufficio preposto dalle Strutture Sanitarie convenzionate, **la loro appartenenza al Fondo, mediante esibizione del tesserino di iscrizione al Fasi** (intestato sempre al titolare della posizione) e di un documento di riconoscimento (per i minori e/o non abilitati a firmare atti ufficiali di chi ne fa le veci) ed assumere, o farsi confermare, presso gli uffici medesimi, tutte le informazioni necessarie per utilizzare correttamente la convenzione, al fine di evitare eventuali malintesi;
- o l'odontoiatra prescelto, dopo aver definito di concerto con il paziente il piano terapeutico, stilerà il "Piano di Cure" **comunicando all'assistito quali prestazioni sono soggette ad obblighi pre e post cure** e trasmetterà al Fasi in modalità digitalizzata, tramite applicativo dedicato all'attività, il "Piano di Cure" concordato, completo della documentazione pre cure laddove prevista. L'iscritto ha la possibilità di chiedere alla struttura prescelta copia cartacea del "Piano di Cure" inoltrato;
- o nel rispetto delle condizioni statutarie, all'atto dell'apertura del "Piano di Cure" telematico, la Struttura Sanitaria potrebbe ricevere una generica segnalazione di "Paziente non assistibile", senza alcuna indicazione specifica circa la motivazione. Tale segnalazione potrebbe essere indice di anomalie nella posizione anagrafico/contributiva dell'iscritto che impediscono, temporaneamente, alla Struttura Sanitaria convenzionata per la forma diretta, di procedere con l'inserimento del "Piano di Cure". In questo caso l'iscritto informato dalla Struttura stessa, dovrà verificare, nel più breve tempo possibile, con il Contact Center (al numero 06.518911 opzione 2) l'effettivo stato della sua posizione provvedendo quindi a risolvere le anomalie. Qualora non fosse possibile regolarizzare la propria posizione in tempi brevi, l'iscritto dovrà procedere con l'iter della forma indiretta (vedere paragrafo dedicato) e, solo in questo caso, la Struttura Sanitaria convenzionata è autorizzata ad applicare la forma indiretta, mantenendo le tariffe concordate all'atto del convenzionamento. Pertanto la Struttura Sanitaria è tenuta oltre alla compilazione della modulistica prevista per la forma indiretta anche a consegnare, all'iscritto, copia della eventuale documentazione digitalizzata nel formato previsto, contemplata dagli obblighi;
- o il Fondo effettuerà, per le prestazioni presenti nel "Piano di Cure" telematico, le previste verifiche di compatibilità con il Nomenclatore - Tariffario in vigore, fornendo alla Struttura Odontoiatrica, **entro 7 giorni** lavorativi dalla sua presentazione:
  - le motivazioni circa le eventuali prestazioni che potrebbero non essere ammesse al rimborso;
  - le indicazioni sul superamento di eventuali limiti temporali/amministrativi all'erogazione di rimborsi per specifiche cure qualora rilevabili all'atto dell'esame del "Piano di Cure" in oggetto.

La valutazione della rimborsabilità delle prestazioni avviene, come indicato nei paragrafi precedenti, in funzione delle prestazioni già liquidate al momento dell'esame del "Piano di Cure" telematico e non può tener conto di quelle ancora non rimborsate dal Fondo e/o non visibili al momento dell'esame. Pertanto, benché una prestazione sia stata valutata liquidabile nel "Piano di Cure", potrebbe accadere che, in sede di richiesta di rimborso venga negata con la motivazione di "prestazione eccedente i limiti" oppure che non venga riconosciuta qualora la prestazione preventivata risulti diversa da quella eseguita. Nel caso di cure in forma diretta, la Struttura Sanitaria, in caso di prestazioni con esiti negativi, ne darà comunicazione all'iscritto, in quanto tali prestazioni saranno a totale carico dello stesso, nei limiti delle tariffe massime concordate.

Si ribadisce che, anche **per la forma diretta, l'esito del "Piano di Cure" non deve essere considerato quale impegno al pagamento da parte del Fasi**. L'effettiva rimborsabilità delle prestazioni richieste, infatti, può essere confermata solo dopo l'esame della documentazione inoltrata con la richiesta di rimborso nella sua completezza.

- o **La Struttura Sanitaria, ricevuto l'esito favorevole ad eseguire le prestazioni** in forma diretta, **comunicerà all'assistito quali tra queste sono soggette ad obblighi post cure**. Tale documentazione sarà trasmessa telematicamente, nei formati previsti, al Fasi dalla Struttura Sanitaria, al termine delle cure, delle quali l'assistito è a conoscenza e ne ha autorizzato l'esecuzione;

- o al completamento delle prestazioni previste nel “Piano di Cure” o di parte di esse, **la Struttura Sanitaria provvederà ad emettere i relativi giustificativi di spesa (eventuali fatture di acconto e di saldo, o di saldo parziale), inviandoli telematicamente e quindi in copia al Fondo**, unitamente alla documentazione radiografica o fotografica e/o certificazioni di laboratorio odontotecnico, oltre alla documentazione amministrativa prevista, consegnando all’assistito copia della richiesta inoltrata nonché gli originali dei predetti giustificativi di spesa regolarmente assoggettati ad imposta di bollo, dai quali dovrà essere rilevabile sia la quota di competenza del Fondo sia quanto di spettanza e saldato in proprio dall’iscritto.

**Anche per le cure eseguite in convenzione diretta si ribadisce che le fatture debbono essere assoggettate all'imposta di bollo (vedere apposito capitolo) e che tale imposta non è rimborsabile dal Fondo;**

- o il Fasi, al ricevimento telematico della richiesta di rimborso corredata dai giustificativi di spesa di tutta la documentazione sanitaria prevista, avvierà l’esame, con l’ausilio dei consulenti medici, della richiesta presentata, **disponendo, in nome e per conto dei propri iscritti, il pagamento di quanto dovuto**, nei limiti delle tariffe massime previste dal Nomenclatore – Tariffario in vigore per la forma diretta. Da parte sua, **l’iscritto all’atto dell’inoltro della richiesta di rimborso avrà provveduto al pagamento degli eventuali importi risultanti come eccedenti la tariffa di rimborso del Fasi**, di quelli relativi a qualsiasi prestazione non descritta nel Nomenclatore – Tariffario **nonché di qualsiasi prestazione nello stesso esposta che all’atto dell’esame della richiesta di rimborso risultasse non rimborsabile;**
- o nel caso in cui le ulteriori verifiche anagrafico/contributive, dovessero evidenziare delle irregolarità, all’atto dell’inoltro della richiesta di prestazioni oppure all’atto della liquidazione da parte del Fondo, l’iscritto dovrà saldare l’intero ammontare delle prestazioni fruitive (quindi oltre all’eccedenza a suo carico, anche l’importo che sarebbe spettato al Fondo in assenza di problematiche amministrative) direttamente alla Struttura, la quale, a sua volta, dovrà rilasciare all’iscritto, oltre alla documentazione di spesa in originale:
  - la stampa del “Piano di Cure” a suo tempo inoltrato al Fasi per via telematica;
  - il dettaglio delle prestazioni oggetto della fatturazione;
  - il modulo di “Richiesta trimestrale di rimborso prestazioni odontoiatriche” correttamente compilato;
  - gli eventuali esami radiografici e/o fotografici pre e post cure già eseguiti;
  - le certificazioni previste, etc.

Quanto sopra al fine di poter istruire la pratica di rimborso secondo l’iter della forma indiretta da inviare al Fondo con le modalità e i tempi previsti per tale procedura (vedere capitolo “assistenza in forma indiretta”) secondo quanto riportato dall’art. “M” del Regolamento. In tal caso, l’eventuale rimborso sarà calcolato sulla base delle tariffe previste per la forma indiretta;

- o il rimborso in forma diretta potrebbe non essere riconosciuto alla Struttura interessata nel caso non vengano soddisfatti gli obblighi previsti nel Nomenclatore – Tariffario in vigore, ovvero anche nel caso in cui l’assistito non consegni le eventuali radiografie, le foto, etc. in suo possesso necessarie per il completamento della pratica.

#### **VISITA SPECIALISTICA ODONTOIATRICA GRATUITA DURANTE TUTTO L'ANNO 2021**

L’elenco delle Strutture Sanitarie Odontoiatriche evidenzia le strutture che offrono la visita specialistica odontoiatrica gratuita (una visita per singolo assistito), della quale si può usufruire durante tutto l’arco dell’anno 2021.

## AVVERTENZE AMMINISTRATIVE/SANITARIE PER LA FORMA DIRETTA (SOLO ONLINE)

Si ricorda che:

- A** gli iscritti che fruiscono di prestazioni sanitarie odontoiatriche in forma diretta non devono per nessun motivo inviare per richiedere il rimborso, né in formato cartaceo né in modalità digitalizzata, le fatture/ricevute loro consegnate in originale dalle Strutture Sanitarie, in quanto il Fondo riconosce il massimo rimborso previsto, in nome e per conto dell'iscritto od avente diritto, direttamente alle Strutture Sanitarie, sulla base della documentazione trasmessa al Fasi dalle Strutture Sanitarie stesse;
- B** **gli iscritti devono obbligatoriamente farsi rilasciare direttamente dalle Strutture Sanitarie convenzionate** con il Fondo, al momento del pagamento della quota a proprio carico, gli originali delle fatture/ricevute senza inviarli al Fondo;
- C** alcune prestazioni non sono rimborsabili dal Fondo. Al fine di evitare equivoci, nei casi dubbi, gli iscritti possono contattare la Centrale Informativa Sanitaria Odontoiatrica del Fasi al numero 06.518911 opzione 1 per ottenere i necessari chiarimenti; si precisa che gli operatori della Centrale Informativa Sanitaria e/o gli operatori degli altri servizi, in linea con quanto disciplinato in materia di privacy e delle ultime modificazioni/integrazioni in materia, prima di rilasciare indicazioni telefoniche e fornire informazioni di natura sanitaria e/o amministrative riferibili all'iscritto/ assistito, richiederanno conferma di dati a mezzo di domande al fine di identificare in modo corretto l'interlocutore a cui saranno rilasciati chiarimenti;
- D** gli iscritti dovranno sottoscrivere, al termine delle prestazioni fruite e dopo aver preso visione della documentazione di spesa che la Struttura Sanitaria convenzionata inoltrerà, l'apposito modulo predisposto dal Fasi, in possesso delle Strutture Sanitarie convenzionate, che dovrà essere conservato a cura della stessa Struttura e messo a disposizione in originale, qualora il Fondo ne facesse richiesta nell'ambito dei consueti controlli. **Si ricorda alle Strutture e agli iscritti 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 presso la Struttura Sanitaria:
- o conferma, con la sottoscrizione, di aver eseguito le prestazioni oggetto della richiesta di rimborso stessa, nella totalità della richiesta (non essendo ammessa al rimborso una richiesta anticipata per prestazioni da fruire) e di aver terminato il ciclo di cure, della di cui fatturazione, nella data specificata;
  - o autorizza le Strutture Sanitarie Odontoiatriche 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 nella totalità e secondo le tariffe massime previste;
  - o scioglie dal segreto professionale i medici-chirurghi-odontoiatri che lo hanno tenuto in cura;
  - o dichiara di aver saldato qualsiasi 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 e della documentazione sanitaria inoltrata con la stessa, il Fasi rilevasse come non rimborsabili;
  - o si impegna inderogabilmente a saldare tutte le prestazioni che, successivamente alla erogazione delle stesse 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'art. M del Regolamento, a rimborsare al Fasi, fino alla concorrenza di quanto pagato dal Fondo in suo nome, eventuali somme ricevute da terzi a titolo di risarcimento, qualora la spesa si riferisca ad eventi dipendenti da responsabilità di terzi, nei limiti di quanto il Fasi ha pagato in nome e per conto dell'iscritto;
  - o concede il "consenso" al trattamento dei dati personali, comuni e sensibili, così come previsto dal D. Lgs. 196/2003 e successive integrazioni e/o modificazioni sulla privacy;

**E** solo per le prestazioni relative alla Prevenzione delle Malattie Sistemiche, la Struttura Sanitaria Odontoiatrica convenzionata, tre mesi dopo l'approvazione del "Piano di Cure", può richiedere al Fasi l'acconto del 50% del Pacchetto Prevenzione prescelto dall'assistito.

In tal caso, l'iscritto/assistito, dovrà firmare il modulo denominato "Dichiarazione della Struttura Sanitaria Odontoiatrica - Trattamento in corso a firma dell'iscritto/ assistito", con il quale lo stesso conferma di aver effettivamente iniziato il trattamento in questione ed autorizza il Fondo al pagamento del già richiamato acconto. Al termine delle cure previste dal pacchetto approvato dal Fasi, la Struttura Sanitaria Odontoiatrica chiederà il saldo del restante 50% oppure, laddove non sia stato richiesto alcun acconto, dell'intero ammontare del pacchetto. Si ricorda alle Strutture e agli iscritti che ogni pacchetto prevenzione è costituito da un insieme di prestazioni che obbligatoriamente dovranno essere eseguite secondo numero e metodica indicata nel pacchetto stesso (non sono previste altre modalità);

**F** **gli esami radiografici (Ortopanoramica e/o "Dentascan o Tomografia Volumetrica a fascio conico") effettuati per accedere ai Pacchetti della Prevenzione delle Malattie Sistemiche, se eseguiti presso la stessa Struttura** Sanitaria Odontoiatrica che esegue il pacchetto prevenzione, **saranno da quest'ultima fatturati e saranno a totale carico del Fondo senza alcuna eccedenza per l'iscritto**. Anche in questo caso la Struttura Sanitaria convenzionata dovrà consegnare gli originali delle fatture all'iscritto/assistito ed inoltrare al Fondo, per via telematica, copia della documentazione di spesa (regolarmente assoggettata all'imposta di bollo). Qualora gli esami venissero effettuati presso altra Struttura si seguirà il normale iter di rimborso che potrebbe prevedere il saldo di una eccedenza da parte dell'iscritto/assistito.

## CENTRALE INFORMATIVA SANITARIA ODONTOIATRICA

*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 Odontoiatriche hanno validità annuale mentre i medici-chirurghi-odontoiatri, che hanno accettato la convenzione diretta nell'ambito delle predette Strutture, possono variare anche durante l'arco dell'anno.***

Gli iscritti, contattando la Centrale Informativa Sanitaria Odontoiatrica, possono ottenere i seguenti servizi/informazioni, in ambito sanitario:

- o informazioni sulle prestazioni sanitarie offerte in forma diretta presso le Strutture Sanitarie Odontoiatriche convenzionate rientranti nel network riconosciuto dal Fondo;
- o informazioni sulle Strutture Sanitarie Odontoiatriche che hanno aderito al Progetto Prevenzione del Carcinoma del Cavo Orale, Prevenzione delle Malattie Sistemiche attraverso il Trattamento dell'Edentulia e Prevenzione Bimbi (prevenzione carie);
- o elenco dei poliambulatori diagnostici convenzionati in forma diretta con il Fondo, presso i quali è possibile eseguire gli accertamenti diagnostici descritti tra gli "obblighi" amministrativi;
- o chiarimenti sulle procedure in vigore per il Fasi da seguire per usufruire dei rimborsi in odontoiatria, sia in forma diretta che indiretta;
- o indicazione della Struttura Sanitaria Odontoiatrica che esegue specifiche e particolari prestazioni;
- o informazioni sulle prestazioni che il Fasi NON riconosce come rimborsabili;
- o informazioni e verifiche sulle tariffe adottate dalle Strutture Sanitarie Odontoiatriche convenzionate, per prestazioni da eseguire o eseguite in forma diretta, comprese le eventuali eccedenze massime, a totale carico degli iscritti;
- o supporto, in caso di prestazioni eseguite in forma indiretta sia in Italia che all'estero, per la corretta compilazione del "Modello Unificato" o della "Richiesta Trimestrale di rimborso prestazioni Odontoiatriche";
- o chiarimenti sugli esiti dei "Piani di Cure" o sulle eventuali sospensioni medico/amministrative delle richieste di rimborso, eventualmente anche con l'ausilio dei Consulenti medico-odontoiatri, qualora si rendesse necessario in relazione al quesito posto.

Si precisa che gli operatori della Centrale Informativa Sanitaria Odontoiatrica e/o gli operatori di altri servizi, in linea con quanto disciplinato in materia di privacy 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, richiederanno conferma di dati a mezzo di domande al fine di identificare in modo corretto l'interlocutore a cui saranno rilasciati chiarimenti.

**NOTA BENE: per informazioni inerenti problematiche di tipo anagrafico/contributivo, stato di lavorazione delle richieste di prestazioni, liquidazioni, interpretazioni statutarie, sono a disposizione degli iscritti anche i seguenti servizi:**

- o Servizio INTERNET [www.fasi.it](http://www.fasi.it) (attivo tutti i giorni, 24 ore al giorno)  
Il servizio è accessibile mediante il numero di posizione e la password. Attraverso tale servizio gli iscritti possono verificare la propria posizione anagrafico/contributiva, lo stato di avanzamento delle richieste di prestazioni, stampare gli "Esiti dei Piani di Cure", assumere informazioni generali sulle Strutture Sanitarie convenzionate in forma diretta etc. Lo stesso servizio permette di effettuare, oltre alle consuete operazioni, anche la "Gestione del nucleo familiare" (per ulteriori informazioni vedere Guida Blu), l'inoltro dei "Piani di Cure" e delle "Richieste di rimborso per prestazioni odontoiatriche in modalità online".
- o Servizi Informativi Telefonici Automatici con caselle vocali (sempre attivi)  
I servizi sono accessibili senza l'utilizzo di password. Attraverso tali servizi è possibile formulare un quesito, utilizzando una propria casella vocale e ascoltare la risposta, generalmente, entro le otto ore lavorative successive.
- o Servizi Informativi Telefonici con Operatore (n. 06.518911 opzione 2)  
Tali servizi sono attivi tutti i giorni, dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.00 alle ore 18.00. Attraverso tali servizi è possibile ottenere informazioni esclusivamente di tipo regolamentare e amministrativo.
- o Servizio di assistenza al sito del Fasi ([www.fasi.it](http://www.fasi.it)) con Operatore (n. 06.518911 opzione 3)  
Il servizio, è attivo dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.00 alle ore 18.00.  
L'Help Desk può essere contattato come supporto:
  - per tutte le problematiche relative all'accesso alla propria Area Riservata;
  - per la navigazione del sito del Fasi ([www.fasi.it](http://www.fasi.it));
  - per l'utilizzo delle procedure online per l'inoltro: dei "Piani di Cure", delle Richieste di Rimborso per prestazioni sanitarie, delle Richieste di Revisione secondo quanto previsto dal Regolamento, della documentazione integrativa relativa alle richieste di rimborso dematerializzate sospese;
  - per l'utilizzo dei servizi dispositivi previsti.

Si prega di rivolgersi a questo servizio avendo a disposizione il computer tramite il quale si accede al sito ed il proprio numero di posizione Fasi.

## IMPOSTA DI BOLLO SU RICEVUTE MEDICHE A RIMBORSO

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. Per alcuni soggetti autorizzati dagli organi competenti tale imposta può essere assolta in modo virtuale, in questo caso, sarà esplicitamente riportato all'interno della documentazione di spesa che recherà indicazione anche del numero di autorizzazione;
- 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, piuttosto che dalle Strutture Sanitarie convenzionate, ai fini del rimborso, atti o 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.

*Ai fini dell'accettazione della documentazione per il rimborso da parte del Fasi, l'iscritto o la Struttura Sanitaria Odontoiatrica convenzionata in forma diretta indipendentemente dalla modalità di fatturazione (cartacea o elettronica introdotta a partire dal 1.1.2019) deve presentare al Fasi stesso fatture in fotocopia regolarmente assoggettate ad imposta di bollo, ove previsto.*

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 Fondo.