



Fondo
Assistenza
Sanitaria
Dirigenti
Aziende
Commerciali

**NORME PER IL
CONSEGUIMENTO
DELLE
PRESTAZIONI DEL
FASDAC**

AGGIORNAMENTO 1° GENNAIO 2022

FASDAC

Sommario

| | |
|--|----|
| Parte I | 2 |
| IL SISTEMA ASSISTENZIALE FASDAC: DISPOSIZIONI DI CARATTERE GENERALE | 2 |
| 1 LIVELLI DI ASSISTENZA E PRESTAZIONI | 2 |
| 2 ESCLUSIONI | 10 |
| 3 DISCIPLINA GENERALE DELLE PRESTAZIONI IN FORMA DIRETTA | 10 |
| 3.1 Principi generali | 10 |
| 3.2 Criteri di rimborso | 10 |
| 3.3 Prenotazione | 11 |
| 3.4 Attestazione | 11 |
| 3.5 Documentazione | 11 |
| 3.6 Fatturazione e pagamento | 11 |
| 3.7 Programmi di prevenzione | 11 |
| 4 DISCIPLINA GENERALE DELLE PRESTAZIONI IN FORMA INDIRETTA | 11 |
| 4.1 Principi generali | 11 |
| 4.2 Criteri di rimborso | 11 |
| 4.3 La richiesta di rimborso ("pratica") | 12 |
| 4.4 Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso | 12 |
| 4.5 Modalità e termini di presentazione della richiesta di rimborso | 13 |
| 4.6 Compartecipazione alla spesa per prestazioni erogate dal SSN (ticket) | 13 |
| 4.7 Detrazione quota fissa | 13 |
| 4.8 Sospensione, revisione e reiezione della richiesta di rimborso | 14 |
| 4.9 Pagamento dei rimborsi | 14 |
| 5 CONTROLLI AMMINISTRATIVI E SANITARI | 14 |
| Parte II | 14 |
| DOCUMENTAZIONE RICHIESTA PER GLI AVENTI DIRITTO ALLE PRESTAZIONI DEL FONDO | 14 |
| 6 DISPOSIZIONI GENERALI | 14 |
| 6.1 Decorrenza dell'assistenza sanitaria in favore dei familiari | 15 |
| 6.2 Validità temporale dei documenti/certificazioni | 15 |
| 7 DOCUMENTAZIONE RICHIESTA | 15 |
| 7.1 Coniuge o convivente more uxorio | 15 |
| 7.2 Figli ed equiparati | 15 |
| 7.3 Altri familiari a carico | 16 |
| 8 DISPOSIZIONI IN MATERIA DI AUTOCERTIFICAZIONE | 16 |

Parte III – NOMENCLATORE TARIFFARIO

Parte I

IL SISTEMA ASSISTENZIALE FASDAC: DISPOSIZIONI DI CARATTERE GENERALE

1 LIVELLI DI ASSISTENZA E PRESTAZIONI

Ai sensi degli artt. 10 e seguenti del Regolamento, il Fasdac garantisce i livelli di assistenza e le categorie di prestazioni sanitarie sinteticamente riportate nella tabella 1.

Tabella 1 - LIVELLI DI ASSISTENZA E PRESTAZIONI

DEFINIZIONI

RIMBORSO IN FORMA DIRETTA (in convenzione)

Importo convenzionato: è l'importo fissato con la singola Struttura convenzionata per ciascuna prestazione.
Spesa: è la spesa sostenuta per le prestazioni della specifica categoria.

RIMBORSO IN FORMA INDIRETTA

Importo fissato nel Nomenclatore Fasdac: è l'importo rimborsato dal Fondo per ciascuna prestazione comprensivo dell'Iva, ove prevista.

Contributo forfettario: è l'importo massimo rimborsabile per le prestazioni della specifica categoria quale contributo omnicomprendivo.

Spesa: è la spesa sostenuta per le prestazioni della specifica categoria.

Detrazione fissa: è la quota che viene detratta dall'importo rimborsabile di ciascuna pratica con riferimento alla specifica categoria di prestazioni.

| Livelli di assistenza e prestazioni | Rimborso in forma diretta | Rimborso in forma indiretta | Limiti e disposizioni particolari del Nomenclatore |
|---|--|--|--|
| 1 ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI | | | |
| 1.1 Retta giornaliera di degenza | a carico del Fasdac: 85% degli importi convenzionati con la singola Struttura a carico dell'iscritto: 15% dei suddetti importi (*) | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione <ul style="list-style-type: none"> • detrazione fissa | Sezione 1.1 |
| 1.2 Interventi chirurgici (equipe medico-chirurgica) | a carico del Fasdac: 85% degli importi convenzionati con la singola Struttura a carico dell'iscritto: 15% dei suddetti importi (*) | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione <ul style="list-style-type: none"> • detrazione fissa | Sezione 1.2 e allegato 1 |

(*) salvo specifici accordi con strutture pubbliche che prevedano quote diverse di compartecipazione

| Livelli di assistenza e prestazioni | Rimborso in forma diretta | Rimborso in forma indiretta | Limiti e disposizioni particolari del Nomenclatore |
|---|--|--|--|
| 1.3 Assistenza medica in degenza (per ricoveri senza intervento chirurgico) | a carico del Fasdac: 85% degli importi convenzionati con la singola Struttura a carico dell'iscritto: 15% dei suddetti importi (*) | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione • detrazione fissa | Sezione 1.3 |
| 1.4 Assistenza medica oncologica in degenza | a carico del Fasdac: 85% degli importi convenzionati con la singola Struttura a carico dell'iscritto: 15% dei suddetti importi (*) | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione • detrazione fissa | Sezione 1.4 |
| 1.5 Consulti in degenza | a carico del Fasdac: 85% degli importi convenzionati con la singola Struttura a carico dell'iscritto: 15% dei suddetti importi (*) | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione • detrazione fissa | Sezione 1.5 |
| 1.6 Prestazioni professionali mediche in degenza | a carico del Fasdac: 85% degli importi convenzionati con la singola Struttura a carico dell'iscritto: 15% dei suddetti importi (*) | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione • detrazione fissa | Sezione 1.6 |
| 1.7 Terapie radianti in degenza | a carico del Fasdac: 85% degli importi convenzionati con la singola Struttura a carico dell'iscritto: 15% dei suddetti importi (*) | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione • detrazione fissa | Sezione 1.7 |
| 1.8 Accertamenti diagnostici e prestazioni medico specialistiche in degenza | a carico del Fasdac: 85% degli importi convenzionati con la singola Struttura a carico dell'iscritto: 15% dei suddetti importi (*) | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione | Sezione 1.8 e allegato 2 |

(*) salvo specifici accordi con strutture pubbliche che prevedano quote diverse di compartecipazione

| Livelli di assistenza e prestazioni | Rimborso in forma diretta | Rimborso in forma indiretta | Limiti e disposizioni particolari del Nomenclatore |
|---|---|---|--|
| 1.9 Terapie fisiche e riabilitative in degenza | a carico del Fasdac: 85% degli importi convenzionati con la singola Struttura a carico dell'iscritto: 15% dei suddetti importi (*) | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione | Sezione 1.9 |
| 1.10 Sale operatorie ospedaliere in degenza | a carico del Fasdac: 85% degli importi convenzionati con la singola Struttura a carico dell'iscritto: 15% dei suddetti importi (*) | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione • detrazione fissa | Sezione 1.10 e allegato 5 |
| 1.11 Attrezzature particolari in degenza | a carico del Fasdac: 85% degli importi convenzionati con la singola Struttura a carico dell'iscritto: 15% dei suddetti importi (*) | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione • detrazione fissa | Sezione 1.11 |
| 1.12 Farmaci in degenza (Tutti) | a carico del Fasdac: 85% della spesa a carico dell'iscritto: 15% della spesa (*) | a carico del Fasdac: 70% della spesa a carico dell'iscritto: 30% della spesa • detrazione fissa | Sezione 1.12 |
| 1.13 Materiale sanitario in degenza | a carico del Fasdac: 85% della spesa a carico dell'iscritto: 15% della spesa (*) | a carico del Fasdac: 70% della spesa a carico dell'iscritto: 30% della spesa • detrazione fissa | Sezione 1.13 |
| 1.14 Sangue ed emoderivati in degenza | a carico del Fasdac: 85% della spesa a carico dell'iscritto: 15% della spesa (*) | a carico del Fasdac: 70% della spesa a carico dell'iscritto: 30% della spesa • detrazione fissa | Sezione 1.14 |
| 1.15 Endoprotesi in degenza | a carico del Fasdac: 85% della spesa a carico dell'iscritto: 15% della spesa (*) | a carico del Fasdac: 70% della spesa a carico dell'iscritto: 30% della spesa • detrazione fissa | Sezione 1.15 |

(*) salvo specifici accordi con strutture pubbliche che prevedano quote diverse di compartecipazione

| Livelli di assistenza e prestazioni | Rimborso in forma diretta | Rimborso in forma indiretta | Limiti e disposizioni particolari del Nomenclatore |
|--|---|---|--|
| 1.16 Camere a pagamento nei ricoveri totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale | a carico del Fasdac: 100% della spesa | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore | Sezione 1.16 |
| 1.17 Trapianti d'organo | non previsto | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione • detrazione fissa | Sezione 1.17 |
| 1.18 Prestazioni fatturate forfettariamente (percentuali di DRG) | non previsto | a carico del Fasdac: 70% della spesa a carico dell'iscritto: 30% della spesa • detrazione fissa | Sezione 1.18 |
| 2 RICOVERI PARTICOLARI (malattie nervose e mentali o da dipendenza) | | | |
| 2.1 Degenza | non previsto | a carico del Fasdac: contributo forfettario giornaliero fissato nel Nomenclatore | Sezione 2.1 |
| 2.2 Accertamenti diagnostici e prestazioni medico specialistiche in degenza | non previsto | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione | Sezione 2.2 e allegato 2 |
| 2.3 Terapie fisiche e riabilitative in degenza | non previsto | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione | Sezione 2.3 |
| 3 LUNGODEGENZA | | | |
| 3.1 Degenza | non previsto | a carico del Fasdac: contributo forfettario giornaliero fissato nel Nomenclatore | Sezione 3.1 |
| 3.2 Accertamenti diagnostici e prestazioni medico specialistiche in degenza | non previsto | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione | Sezione 3.2 e allegato 2 |

| Livelli di assistenza e prestazioni | Rimborso in forma diretta | Rimborso in forma indiretta | Limiti e disposizioni particolari del Nomenclatore |
|--|---|--|--|
| 3.3 Terapie fisiche e riabilitative in degenza | non previsto | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione | Sezione 3.3 |
| 4 RICOVERI RIABILITATIVI | | | |
| 4.1 Degenza | non previsto | a carico del Fasdac: contributo forfettario giornaliero fissato nel Nomenclatore | Sezione 4.1 |
| 4.2 Accertamenti diagnostici e prestazioni medico specialistiche in degenza | non previsto | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione | Sezione 4.2 e allegato 2 |
| 4.3 Terapie fisiche e riabilitative in degenza | non previsto | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione | Sezione 4.3 |
| 5 ASSISTENZA TERRITORIALE (EXTRAOSPEDALIERA) | | | |
| 5.1 Interventi ambulatoriali di chirurgia (equipe medico-chirurgica) | a carico del Fasdac: 85% degli importi convenzionati con la singola Struttura a carico dell'iscritto: 15% dei suddetti importi | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione • detrazione fissa | Sezione 5.1 e allegato 1 |
| 5.2 Sale chirurgiche ambulatoriali | a carico del Fasdac: 85% degli importi convenzionati con la singola Struttura a carico dell'iscritto: 15% dei suddetti importi | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione • detrazione fissa | Sezione 5.2 e allegato 5 |
| 5.3 Attrezzature particolari in sale chirurgiche ambulatoriali | a carico del Fasdac: 85% degli importi convenzionati con la singola Struttura a carico dell'iscritto: 15% dei suddetti importi | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione • detrazione fissa | Sezione 5.3 |
| 5.4 Farmaci usati in sale chirurgiche ambulatoriali | a carico del Fasdac: 85% degli importi convenzionati con la singola Struttura a carico dell'iscritto: 15% dei suddetti importi | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione • detrazione fissa | Sezione 5.4 |

| Livelli di assistenza e prestazioni | Rimborso in forma diretta | Rimborso in forma indiretta | Limiti e disposizioni particolari del Nomenclatore |
|--|---|--|--|
| 5.5 Materiale sanitario usato in sale chirurgiche ambulatoriali | a carico del Fasdac: 85% degli importi convenzionati con la singola Struttura a carico dell'iscritto: 15% dei suddetti importi | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione <ul style="list-style-type: none"> • detrazione fissa | Sezione 5.5 |
| 5.6 Endoprotesi usate in sale chirurgiche ambulatoriali | a carico del Fasdac: 85% degli importi convenzionati con la singola Struttura a carico dell'iscritto: 15% dei suddetti importi | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione <ul style="list-style-type: none"> • detrazione fissa | Sezione 5.6 |
| 5.7 Visite mediche | a carico del Fasdac: 80% degli importi convenzionati a carico dell'iscritto: 20% dei suddetti importi | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione | Sezione 5.7 |
| 5.8 Psicoterapie | non previsto | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione | Sezione 5.8 |
| 5.9 Accertamenti diagnostici e prestazioni medico specialistiche ambulatoriali | a carico del Fasdac: 80% degli importi convenzionati con la singola Struttura a carico dell'iscritto: 20% dei suddetti importi | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione | Sezione 5.9 e allegato 2 |
| 5.10 Terapie fisiche e riabilitative ambulatoriali | a carico del Fasdac: 100% degli importi convenzionati con la singola Struttura | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione | Sezione 5.10 e allegato 3 |
| 5.11 Altre prestazioni sanitarie (effettuate da professionisti sanitari) | non previsto | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione | Sezione 5.11 |
| 5.12 Terapie radianti ambulatoriali | a carico del Fasdac: 85% degli importi convenzionati con la singola Struttura a carico dell'iscritto: 15% dei suddetti importi | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione <ul style="list-style-type: none"> • detrazione fissa | Sezione 5.12 |

| Livelli di assistenza e prestazioni | Rimborso in forma diretta | Rimborso in forma indiretta | Limiti e disposizioni particolari del Nomenclatore |
|---|---|---|--|
| 5.13 Farmaci (farmaci in classe "C", omeopatici e altri) | non previsto | a carico del Fasdac: 70% della spesa a carico dell'iscritto: 30% della spesa • detrazione fissa | Sezione 5.13 |
| 5.14 Allattamento artificiale | non previsto | a carico del Fasdac: 70% della spesa a carico dell'iscritto: 30% della spesa • detrazione fissa | Sezione 5.14 |
| 5.15 Lenti correttive della vista | non previsto | a carico del Fasdac: contributo forfettario fissato nel Nomenclatore | Sezione 5.15 |
| 5.16 Apparecchio acustico | non previsto | a carico del Fasdac: contributo forfettario triennale fissato nel Nomenclatore | Sezione 5.16 |
| 5.17 Altri dispositivi medici | non previsto | a carico del Fasdac: contributo forfettario fissato nel Nomenclatore | Sezione 5.17 |
| 5.18 Prestazioni professionali mediche in ambulatorio | a carico del Fasdac: 85% degli importi convenzionati con la singola Struttura a carico dell'iscritto: 15% dei suddetti importi | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione • detrazione fissa | Sezione 5.18 |
| 5.19 Prestazioni odontoiatriche ambulatoriali | Massimale per anno civile (1° gennaio–31 dicembre) per nucleo familiare di 30.000,00 € | | Sezione 5.19 e allegato 4 |
| • Radiologia | a carico del Fasdac: 70% degli importi convenzionati con la singola Struttura a carico dell'iscritto: 30% dei suddetti importi | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione | |
| • Conservativa ed Endodonzia • Chirurgia orale • Chirurgia implantare | a carico del Fasdac: 70% degli importi convenzionati con la singola Struttura a carico dell'iscritto: 30% dei suddetti importi | a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione • regime di detrazione: - nessuna (per rimborsi inferiori o uguali a 100,00 €) | |

| Livelli di assistenza e prestazioni | Rimborso in forma diretta | Rimborso in forma indiretta | Limiti e disposizioni particolari del Nomenclatore |
|--|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Protesi • Ortodonzia e Gnatologia | | - in misura pari all'importo eccedente 100,00 € (per rimborsi tra 100,00 € e 151,65 €) - fissa di 51,65 € (per rimborsi uguali o superiori a 151,65 €) | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Igiene orale due sedute per anno civile (1° gennaio–31 dicembre) | a carico del Fasdac: 70% degli importi convenzionati con la singola Struttura a carico dell'iscritto: 30% dei suddetti importi | non previsto | Sezione 5.19 e allegato 4 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Trattamento ortodontico | a carico del Fasdac: contributo forfettario per anno civile (1° gennaio–31 dicembre) | a carico del Fasdac: contributo forfettario per anno civile (1° gennaio–31 dicembre) | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Parodontologia | a carico del Fasdac: 70% degli importi convenzionati con la singola Struttura a carico dell'iscritto: 30% dei suddetti importi | non previsto | |
| 6 TRASPORTO ASSISTITO | | | |
| Trasporto in autoambulanza | non previsto | a carico del Fasdac: 100% della spesa | Sezione 6 |
| 7 COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA PER PRESTAZIONI EROGATE DAL SSN (TICKET) | | | |
| Rimborso ticket | a carico del Fasdac: 100% della spesa nelle Strutture specificamente convenzionate | a carico del Fasdac: 100% della spesa | Sezione 7 |
| 8 PREVENZIONE | | | |
| Pacchetti di prevenzione | a carico del Fasdac: 100% degli importi convenzionati con la singola Struttura secondo specifici programmi deliberati dal Fondo | non previsto | Sezione 8 |
| 9 SPESE FUNERARIE | | | |
| Spese funerarie | non previsto | a carico del Fasdac: contributo forfettario fissato nel Nomenclatore | Sezione 9 |

Le predette categorie di prestazioni - effettuate sia in Italia che all'estero - sono erogate dal Fondo in forma diretta tramite Strutture convenzionate e in forma indiretta, con i criteri di rimborso, le modalità e i limiti

previsti dalle presenti Norme e dal Nomenclatore Fasdac, che costituisce parte integrante delle Norme stesse. **In ogni caso le prestazioni erogate dal Fondo in forma diretta e indiretta sono determinate esclusivamente applicando l'una o l'altra normativa di cui ai successivi punti 3 (disciplina generale delle prestazioni in forma diretta) e 4 (disciplina generale delle prestazioni in forma indiretta) senza alcuna possibilità di deroga.**

Il sistema assistenziale del Fondo si ispira al principio dell'appropriatezza con riguardo alle specifiche esigenze del singolo evento nonché al principio dell'economicità nell'impiego delle risorse. L'erogazione delle prestazioni previste è subordinata all'accertamento dell'evento che dà luogo al ricorso alle prestazioni, effettuato dal Fondo nell'ambito dei controlli previsti dall'art. 14 del vigente Regolamento.

2 ESCLUSIONI

Oltre alle esclusioni previste dall'art. 11 del Regolamento, non sono rimborsabili dal Fondo:

- le prestazioni effettuate da operatori sprovvisti dei titoli di studio o professionali previsti dalle vigenti normative e/o quelle effettuate presso Strutture non in possesso delle specifiche autorizzazioni sanitarie;
- i trattamenti di tipo preventivo diversi da quelli previsti dai programmi di prevenzione fissati dal Fondo;
- gli oneri aggiuntivi fissati dalle singole Regioni o dallo Stato sulle prestazioni di Assistenza Libero-Professionale Intramuraria (A.L.P.I.).

3 DISCIPLINA GENERALE DELLE PRESTAZIONI IN FORMA DIRETTA

3.1 Principi generali

Il ricorso alla forma diretta consente agli assistiti di rivolgersi a una delle Strutture convenzionate con il Fondo per effettuare le prestazioni previste nelle singole convenzioni, ottenendo il rimborso secondo le disposizioni che seguono, sempreché risulti accertato il diritto all'assistenza.

L'erogazione delle prestazioni da parte dei centri convenzionati è regolata mediante accordi con le singole Strutture erogatrici, attraverso i quali sono specificate le prestazioni erogabili, le limitazioni ed i relativi importi, sulla base delle disposizioni di cui alle presenti Norme.

Gli accordi di cui sopra si applicano solo se le prestazioni sono effettuate da equipe medico-chirurgiche e/o da professionisti sanitari che operano presso la Struttura e che applicano onorari non superiori a quelli stabiliti nel Nomenclatore tariffario allegato alla convenzione stipulata dal Fasdac con stessa Struttura. E' compito dell'assistito accertare tale circostanza al momento della prenotazione. Qualora l'assistito si avvalga di equipe medico-chirurgiche e/o di professionisti sanitari non aderenti alla convenzione, tutte le spese sia della Struttura che dei singoli professionisti sono a totale carico dell'assistito che dovrà istruire un'unica pratica di rimborso in forma indiretta contenente tutti i documenti di spesa in copia.

La Struttura dovrà applicare comunque anche in questo caso per i propri servizi le tariffe convenzionate.

Il Fasdac è impegnato nella realizzazione di una rete capillare di Strutture per l'erogazione in forma diretta delle prestazioni. L'elenco delle Strutture convenzionate e la tipologia di prestazioni e servizi offerti da ciascuna di esse è pubblicato e aggiornato periodicamente dal Fondo. Gli aventi diritto possono accedere a tutte le Strutture convenzionate a prescindere dalla loro dislocazione territoriale.

Il Fasdac rimborsa le spese sanitarie relative a singoli eventi di malattia. Ogni singola "pratica" dovrà pertanto riferirsi esclusivamente ad una ben identificabile patologia per ciascun assistito.

3.2 Criteri di rimborso

Per le prestazioni in forma diretta le spese risultanti dall'applicazione dell'accordo convenzionale sono rimborsate dal Fondo per la parte di sua competenza mediante rimessa diretta alla Struttura, secondo le misure indicate nella tabella 1.

3.3 Prenotazione

Per usufruire delle prestazioni in forma diretta l'interessato, iscritto o familiare, dovrà prendere contatto direttamente con la Struttura prescelta e prenotare la prestazione, anche telefonicamente, qualificandosi come soggetto assistito dal Fasdac.

3.4 Attestazione

La prestazione in forma diretta è subordinata al rilascio dell'attestazione da parte del Fasdac. L'attestazione è richiesta direttamente dalla Struttura prescelta e ha validità per 14 giorni. Nei casi di urgenza l'attestazione può essere richiesta anche successivamente all'accettazione. L'attestazione rilasciata dal Fondo è di natura puramente amministrativa e riguarda le condizioni soggettive di assistibilità del richiedente (regolarità contributiva ed anagrafica). In mancanza di attestazione l'interessato potrà comunque sottoporsi alle cure sostenendo il relativo onere alle tariffe convenzionate e istruire, ove previsto, una pratica secondo le modalità e il regime di rimborso della forma indiretta.

3.5 Documentazione

All'atto della prestazione l'assistito dovrà esibire un proprio documento valido di identità. Per le prestazioni mediche è necessario consegnare alla Struttura la prescrizione medica con la diagnosi o il sospetto diagnostico. La prescrizione non è richiesta per i ricoveri e per le visite specialistiche.

3.6 Fatturazione e pagamento

Al termine della prestazione la Struttura rilascia fattura intestata all'assistito con indicazione dell'eventuale quota saldata dallo stesso. Sono a totale carico dell'assistito le spese di carattere non strettamente sanitario (ad esempio, per l'assistenza ospedaliera: ristorante, bar, telefono, ecc.) e l'imposta di bollo. La fattura, controfirmata dall'assistito, è inviata al Fondo in copia a cura della Struttura, che ne rilascia contestualmente l'originale all'interessato. Il Fondo provvede a corrispondere direttamente alla Struttura quanto di sua competenza.

3.7 Programmi di prevenzione

Il Fasdac promuove specifici programmi di prevenzione utilizzando le Strutture convenzionate. Tali programmi sono disciplinati di volta in volta dal Consiglio di Gestione.

4 DISCIPLINA GENERALE DELLE PRESTAZIONI IN FORMA INDIRECTA

4.1 Principi generali

Il ricorso alla forma indiretta consente all'iscritto di richiedere il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate presso Strutture sanitarie liberamente scelte. Il rimborso è effettuato in applicazione delle disposizioni che seguono, sempreché risulti accertato il diritto all'assistenza.

4.2 Criteri di rimborso

Ai fini del rimborso si considerano ammissibili le spese relative alle prestazioni previste dalle presenti Norme e dal Nomenclatore Fasdac con i limiti ivi specificati.

Per le prestazioni non inserite nel predetto Nomenclatore, il rimborso è effettuato secondo l'importo fissato relativamente ad una prestazione strettamente assimilabile a quella oggetto della richiesta, secondo il giudizio dei sanitari del Fondo.

Per le prestazioni non previste e non strettamente assimilabili ad altra prestazione presente il Fondo valuterà l'opportunità dell'inserimento della prestazione stessa nel Nomenclatore con il relativo importo di rimborso. Il rimborso è calcolato secondo i criteri di cui alla tabella 1. Gli importi e le altre disposizioni particolari sono dettagliatamente indicati nel Nomenclatore, che costituisce parte integrante delle presenti Norme.

4.3 La richiesta di rimborso ("pratica")

Ogni richiesta di rimborso deve riferirsi a un solo evento di malattia per ogni singolo assistito e può contenere più documenti di spesa.

In deroga a tale principio dell'unicità dell'evento:

- a) le richieste di rimborso contenenti solo documenti di spesa per farmaci possono riferirsi a più eventi di malattia;
- b) le richieste di rimborso per spese relative a soli ticket possono riferirsi a più eventi di malattia e sono soggette alla specifica disciplina di cui al paragrafo 4.6;
- c) le richieste di rimborso relative alla gravidanza, al parto e al puerperio sono considerate un unico evento;
- d) le richieste di rimborso relative a spese mediche sostenute in favore di assistiti fino al compimento del 14° anno di età (escluse quelle per cure odontoiatriche e per l'allattamento artificiale) o che abbiano compiuto gli 85 anni di età (escluse quelle per cure odontoiatriche) possono riferirsi a più eventi di malattia.

Sono ammesse al rimborso solamente pratiche di importo complessivo superiore a € 51,65.

La richiesta di rimborso deve essere compilata utilizzando la seguente modulistica predisposta dal Fasdac, debitamente firmata dall'iscritto, anche per le pratiche relative ai propri familiari assistibili:

- P01/M per le pratiche mediche;
- P01/D per le pratiche dentarie.

Detta modulistica è disponibile presso le Associazioni territoriali Manageritalia e può essere scaricata dal sito istituzionale del Fondo "www.fasdac.it" nonché dal sito "www.manageritalia.it".

4.4 Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso

La richiesta di rimborso deve essere corredata dalla seguente documentazione:

- a) prescrizione medica intestata all'assistito (iscritto o familiare) completa di diagnosi o sospetto diagnostico indicante il tipo e il numero delle prestazioni;
- b) copia della cartella clinica per tutti i tipi di assistenza ospedaliera o interventi di chirurgia ambulatoriale;
- c) moduli richiesti nelle specifiche sezioni del Nomenclatore Tariffario (modulo P01/DR nella sezione 5.10 "Terapie Fisiche e Riabilitative" e 5.11 "Altre Prestazioni Sanitarie", modulo P01/F nella sezione 5.13 "Farmaci", modulo P01/T nella sezione 7 "Compartecipazione alla spesa per prestazioni erogate dal SSN – Ticket");
- d) documento di spesa intestato all'assistito (iscritto o familiare) quietanzato dallo specialista, dall'operatore o dalla Struttura che ha eseguito la prestazione, con l'indicazione del numero e del tipo delle prestazioni effettuate, oltre che dei singoli onorari corrisposti.

Tutti i documenti di spesa devono essere inviati contestualmente alla richiesta di rimborso.

Non sono ammessi al rimborso documenti di spesa inviati successivamente all'inoltro della pratica.

Tutta la documentazione di spesa e sanitaria, fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge, deve essere prodotta in copia ad uso amministrativo.

Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e/o correzioni.

Tutti i documenti relativi a spese sostenute all'estero devono essere accompagnati dalla traduzione completa delle voci elencate. Le prestazioni sono rimborsate tenendo conto del controvalore in Euro alla data del documento di spesa.

Le disposizioni particolari inerenti la documentazione da allegare per le singole categorie di prestazioni sono indicate nelle relative sezioni del Nomenclatore.

Tutta la documentazione inviata non sarà conservata dal Fondo dopo la sua lavorazione.

Il Fondo si riserva di disporre accertamenti amministrativi e/o controlli sanitari mediante medici o odontoiatri dallo stesso prescelti, nonché di richiedere in originale i documenti di spesa e/o ogni altra documentazione afferente la pratica; documenti che dovranno essere conservati dall'iscritto nei termini previsti ai fini fiscali.

La mancata trasmissione degli originali dei documenti di spesa e/o sanitari, richiesti ai fini di controllo, ovvero la mancata presentazione ai controlli sanitari disposti, comportano la decadenza del diritto al rimborso e l'automatico obbligo di restituzione degli importi eventualmente erogati dal Fondo.

4.5 Modalità e termini di presentazione della richiesta di rimborso

La richiesta di rimborso deve essere presentata all'Associazione territoriale Manageritalia di appartenenza, che effettua una prima istruttoria della pratica e richiede, se del caso, la documentazione mancante.

La richiesta di rimborso deve essere chiusa e presentata entro il termine perentorio di sei mesi dalla data del primo documento di spesa. Le richieste di rimborso presentate oltre il termine massimo stabilito sono respinte.

4.6 Compartecipazione alla spesa per prestazioni erogate dal SSN (ticket)

In deroga ai criteri generali di cui ai paragrafi 4.3 (unicità dell'evento di malattia e soglia di ammissibilità al rimborso), 4.5 (modalità e termini di presentazione) e 4.7 (detrazione quota fissa) i documenti di spesa relativi ai ticket (con esclusione di quelli per l'acquisto dei farmaci a carico del Servizio sanitario nazionale), purché riferiti al medesimo assistito (iscritto o familiare), devono essere presentati in forma cumulativa in due pratiche l'anno da rimettere all'Associazione Manageritalia competente:

- entro il mese di settembre, cumulando i ticket pagati dall'1/1 al 30/6 dello stesso anno;
- entro il mese di febbraio, cumulando i ticket pagati dall'1/7 al 31/12 dell'anno precedente.

Il Fasdac rimborsa per intero i ticket sulle ricette e prescrizioni di specialistica ambulatoriale introdotte con varie modalità dalla Regioni.

4.7 Detrazione quota fissa

Dall'importo rimborsabile per ciascuna pratica è detratta, ove prevista, una quota fissa nella misura di € 51,65 per ogni periodo di sei mesi o frazione di esso decorrente dalla data del primo documento di spesa fino alla data di presentazione della pratica all'Associazione territoriale Manageritalia. Tale quota è detratta dall'importo complessivo rimborsabile relativo alle sole categorie di prestazioni indicate nella tabella 1 con la dicitura "detrazione fissa".

In deroga a quanto sopra, per le sole pratiche odontoiatriche, la detrazione è applicata come segue:

- a) per le pratiche di importo liquidabile, prima della detrazione, pari o inferiore ad € 100,00: non è applicata alcuna detrazione;
- b) per le pratiche di importo liquidabile, prima della detrazione, da € 100,01 ad € 151,65: è applicata una detrazione pari all'importo eccedente € 100,00;
- c) per le pratiche di importo liquidabile, prima della detrazione, superiore ad € 151,65: è applicata la detrazione fissa di € 51,65.

4.8 Sospensione, revisione e reiezione della richiesta di rimborso

La richiesta di rimborso incompleta della documentazione prescritta è sospesa. La sospensione è comunicata all'iscritto tramite l'Associazione territoriale Manageritalia con l'invito a regolarizzare il requisito mancante. Se la regolarizzazione non è effettuata entro il termine di 90 giorni dalla data di comunicazione della sospensione, la pratica è respinta.

Le pratiche giunte al Fondo prive della sottoscrizione da parte dell'iscritto sono respinte.

Sono altresì respinte le pratiche contenenti esclusivamente prestazioni non rimborsabili.

L'eventuale richiesta di revisione di una pratica liquidata o respinta deve essere dettagliatamente motivata e deve pervenire tramite l'Associazione territoriale Manageritalia di appartenenza entro e non oltre 90 giorni dalla comunicazione.

Avverso i provvedimenti di reiezione delle richieste di rimborso è ammesso ricorso motivato al Comitato Esecutivo del Fondo entro il termine di 30 giorni dalla comunicazione.

4.9 Pagamento dei rimborsi

Il Fondo effettua il pagamento dei rimborsi esclusivamente a mezzo bonifico bancario sul conto corrente intestato all'iscritto, anche per le pratiche relative ai propri familiari assistiti.

L'iscritto deve quindi comunicare il codice "IBAN" (International Bank Account Number) composto da 27 caratteri del proprio conto corrente, desumibile dall'estratto conto.

Ogni variazione del predetto codice dovrà essere tempestivamente comunicata utilizzando il modulo per la comunicazione delle coordinate bancarie (mod. VB/01) scaricabile dal sito istituzionale del Fondo "www.fasdac.it" nonché dal sito "www.manageritalia.it" ovvero mediante accesso diretto all'area riservata del sito di Manageritalia.

5 CONTROLLI AMMINISTRATIVI E SANITARI

Il Fondo, prima di decidere sull'accoglimento delle richieste di rimborso e ogni qual volta lo ritenga necessario, può disporre accertamenti amministrativi e/o controlli sanitari mediante medici o odontoiatri dallo stesso prescelti.

Parte II

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA PER GLI AVENTI DIRITTO ALLE PRESTAZIONI DEL FONDO

6 DISPOSIZIONI GENERALI

Ai fini del riconoscimento del diritto all'assistenza in favore dei familiari, l'iscritto, all'atto della richiesta di iscrizione al Fondo, è tenuto a inviare i documenti indicati nei punti che seguono. **In alternativa**, l'iscritto può attestare, ad eccezione di quanto previsto per il convivente more uxorio, gli stati e le condizioni di cui all'art. 1 del Regolamento mediante **autocertificazione** rilasciata ai sensi del Dpr. 445/2000 e successive modifiche e integrazioni, in conformità all'apposito modulo predisposto dal Fondo (mod. IC/05).

La documentazione non è richiesta qualora sia stata acquisita dal Fondo in occasione di una precedente iscrizione, fatte salve le diverse disposizioni relative ai documenti da ripetere ogni anno per i figli maggiorenni e per i genitori fiscalmente a carico.

L'iscritto è tenuto inoltre ad attestare tempestivamente ogni variazione intervenuta nel proprio nucleo familiare assistibile.

6.1 Decorrenza dell'assistenza sanitaria in favore dei familiari

- Ricorrendo i requisiti regolamentari, l'assistenza sanitaria in favore dei familiari decorre dalla data di iscrizione del dirigente al Fasdac, ovvero, dalla data di acquisizione della qualifica di familiare (matrimonio, nascita, adozione, ecc.).
- Per il convivente more uxorio l'assistenza decorre dalla data di iscrizione del dirigente al Fasdac qualora la convivenza sia stata comunicata contestualmente all'iscrizione, ovvero, dalla data di comunicazione se successiva.

6.2 Validità temporale dei documenti/certificazioni

Le certificazioni relative a stati di norma non soggetti a modifica (ad esempio essere figlio, coniuge, convivente more uxorio, genitore, ecc.) hanno validità illimitata fino a che non intervengano eventuali variazioni. Per le certificazioni relative a stati, qualità personali o fatti soggetti a variazione (ad esempio essere studente, disoccupato, fiscalmente a carico, ecc.) la validità è correlata alla natura dello stato (ad esempio per il familiare fiscalmente a carico, all'anno cui si riferisce la dichiarazione dei redditi, per i figli "studenti" al 31 dicembre dell'anno in cui termina l'anno scolastico/accademico). L'assistibilità del Fasdac cessa comunque al venir meno dei relativi presupposti (ad esempio nuova occupazione per il figlio disoccupato o termine del ciclo di studi per il figlio studente).

7 DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

7.1 Coniuge o convivente more uxorio

7.1.1 Coniuge

- certificato di matrimonio da inviare all'atto della richiesta di iscrizione del dirigente al Fondo o, comunque, unitamente alla prima richiesta di rimborso relativa al coniuge.

7.1.2 Convivente more uxorio

- stato di famiglia dell'iscritto dal quale risulti la coabitazione;
- atto notorio reso dal dirigente iscritto attestante la convivenza more uxorio, da inviare all'atto della richiesta di iscrizione del dirigente al Fondo o dall'inizio della convivenza se successiva.

7.2 Figli ed equiparati

7.2.1 Figli fino al compimento del 18° anno di età

- estratto per riassunto dell'atto di nascita o certificato di nascita dal quale risulti la paternità e la maternità, da inviare all'atto della richiesta di iscrizione del dirigente al Fondo o, comunque, unitamente alla prima richiesta di rimborso relativa al figlio.

7.2.2 Figli di età superiore ai 18 anni, fino al 26° anno di età

Se studenti:

- estratto per riassunto dell'atto di nascita o certificato di nascita dal quale risulti la paternità e la maternità, da inviare all'atto della richiesta di iscrizione del dirigente al Fondo o, comunque, unitamente alla prima richiesta di rimborso relativa al figlio;
- certificato di frequenza di istituto di istruzione da inviare all'inizio di ogni anno o, comunque, unitamente alla prima richiesta di rimborso dell'anno relativa al figlio.

Se disoccupati:

- estratto per riassunto dell'atto di nascita o certificato di nascita dal quale risulti la paternità e la maternità, da inviare all'atto della richiesta di iscrizione del dirigente al Fondo o, comunque, unitamente alla prima richiesta di rimborso relativa al figlio;

- certificato di iscrizione al Centro per l'impiego, da inviare in copia aggiornata all'inizio di ogni anno o, comunque, unitamente alla prima richiesta di rimborso dell'anno relativa al figlio.

7.2.3 Figli maggiorenni e senza limiti di età, fiscalmente a carico, che si trovino nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi a un proficuo lavoro

- estratto per riassunto dell'atto di nascita o certificato di nascita dal quale risulti la paternità e la maternità, da inviare all'atto della richiesta di iscrizione del dirigente al Fondo o, comunque, unitamente alla prima richiesta di rimborso relativa al figlio;
- certificato di invalidità rilasciato dall'Inps o da altra Autorità competente, da inviare all'atto della richiesta di iscrizione del dirigente al Fondo o, comunque, unitamente alla prima richiesta di rimborso relativa al figlio;
- dichiarazione dei redditi dell'iscritto, dalla quale risulti la vivenza a carico del figlio, da inviare in copia aggiornata all'inizio di ogni anno o, comunque, unitamente alla prima richiesta di rimborso dell'anno relativa al figlio.

7.3 Altri familiari a carico

Per tali si intendono i genitori del dirigente fiscalmente a carico, siano essi conviventi o percettori di assegni alimentari non risultanti da provvedimenti dell'Autorità giudiziaria.

7.3.1 Genitori di dirigenti in servizio

- dichiarazione dell'azienda di appartenenza, attestante che per detti genitori il dirigente ha richiesto e usufruisce delle relative detrazioni per carichi di famiglia, da inviare in originale ogni anno o, comunque, unitamente alla prima richiesta di rimborso dell'anno relativa al genitore.

7.3.2 Genitori di dirigente prosecutore volontario o pensionato

- atto notorio attestante che l'iscritto usufruisce delle detrazioni per carichi di famiglia per il genitore in parola, da inviare in originale ogni anno o, comunque, unitamente alla prima richiesta di rimborso dell'anno relativa al genitore.

8 DISPOSIZIONI IN MATERIA DI AUTOCERTIFICAZIONE

L'autocertificazione deve essere resa e sottoscritta dal dirigente iscritto al Fasdac.

Sulle informazioni autocertificate il Fasdac può in qualunque momento effettuare controlli chiedendo all'iscritto idonea certificazione.

Il mancato riscontro è causa di decadenza del diritto all'assistenza sanitaria del familiare interessato.

La dichiarazione falsa fa decadere il diritto all'assistenza sanitaria dei familiari interessati e l'iscritto incorre nelle sanzioni civili e penali previste dalla legge.