

Più salute per tutta la famiglia

Guida al Fondo

Luglio 2015



FASCHIM
FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA

Il nostro impegno,
la tua salute.



**Il nostro impegno,
la tua salute.**

Da oltre 10 anni lavoriamo insieme a voi con un unico obiettivo: essere accanto a tutti i nostri associati come aiuto concreto, perché la salute è il bene più importante.

Un impegno che per noi significa offrire

- **più possibilità** di fronte al bisogno di cure;
- **più coperture** per le normali necessità ma anche per i grandi imprevisti;
- **più tutela** per l'associato e per tutta la famiglia.

E ancora ...

- **più semplicità** nell'utilizzo del Fondo;
- **più servizi** per poter essere in contatto con noi in ogni momento e da qualsiasi luogo.

Una storia di persone: i nostri associati.

La soddisfazione più grande per FASCHIM arriva dagli associati: persone che riconoscono il valore del Fondo e la sua concretezza. Una fiducia che ci viene dimostrata ogni giorno.

| | |
|--|----|
| Chi può isciversi | 5 |
| Come isciversi | 6 |
| Quanto costa | 7 |
| Come richiedere i rimborsi: le richieste online | 10 |
| Come richiedere i rimborsi: le fotocopie via posta | 11 |
| Quando e dove inviare le richieste | 12 |
| Cosa rimborsiamo | 13 |
| • Ticket | 14 |
| • Diarie | 15 |
| • Odontoiatria | 16 |
| • Prestazioni private | 19 |
| • Assistenza alla non autosufficienza | 24 |
| • Prestazioni private per gravi malattie | 26 |
| • Campagna di prevenzione | 29 |
| Come avviene il rimborso | 30 |
| Le strutture convenzionate | 32 |
| Il sito www.faschim.it | 34 |
| Il Call Center | 35 |

la tua salute

**Per noi, la tua salute
è il bene più importante.**

Ecco perché è nato FASCHIM, il Fondo di assistenza sanitaria per i lavoratori dell'industria chimica, chimico - farmaceutica, fibre chimiche, abrasivi, lubrificanti, GPL, minerario e coibentazioni.

Un Fondo creato apposta per te e per la tua famiglia, per aiutarti ad affrontare le spese sanitarie: un aiuto concreto, che ti tutela dagli imprevisti e ti dà la possibilità di scegliere le cure migliori.



Chi può iscriversi

I lavoratori dipendenti

non in periodo di prova, con un rapporto di lavoro:

- a tempo indeterminato
- a tempo determinato (pari o superiore a 6 mesi, escludendo il periodo di prova)
- part-time pari o superiore alla metà dell'orario legale settimanale di lavoro

I componenti del nucleo familiare dei lavoratori iscritti

(l'iscrizione si intende in aggiunta a quella del dipendente, quindi con contributo aggiuntivo)

Coniuge/Convivente

- il coniuge
- il convivente: si intendono le coppie di fatto che convivono da almeno un anno

Figli

Per poter essere iscritti i figli devono

- avere un'età compresa tra 0 e 30 anni
- non percepire un reddito annuo superiore alla soglia identificata nel valore pro tempore dell' assegno sociale
- per l'iscrizione tra il 26° e il 30° anno di età - oltre alla suddetta soglia di reddito - essere inclusi nello stato di famiglia del dipendente iscritto.

Ci sono 2 tipi di nucleo familiare

(la contribuzione dovuta per il nucleo è differente)

| | |
|-----------------------------|---|
| Nucleo monocomposto | viene iscritta una sola persona come nucleo familiare |
| Nucleo pluricomposto | vengono iscritte 2 o + persone come nucleo familiare |

Come iscriversi

Iscriversi a FASCHIM è semplice e ci si può iscrivere in qualsiasi mese dell'anno.

Iscrizione del dipendente

È sufficiente recarsi presso **l'ufficio del personale** della propria impresa e segnalare di volersi iscrivere. L'impresa inizierà ad effettuare le trattenute mensili sulla busta paga per la parte a tuo carico. Gli iscritti a FASCHIM riceveranno a casa un plico di benvenuto contenente tutte le informazioni per utilizzare i servizi del Fondo.

Iscrizione del nucleo familiare

È necessario compilare sempre il **MODULO ISCRIZIONE FAMILIARI** e consegnarlo alla propria impresa che provvederà a inserire i familiari nel portale di FASCHIM e, dal mese di iscrizione, inizierà ad effettuare sulla tua busta paga la trattenuta aggiuntiva prevista per il nucleo.

Se iscrivi un figlio tra 26 e 30 anni di età: è necessario inviare (anche tramite la funzione sul sito nell'area riservata) lo stato di famiglia del dipendente iscritto o la dichiarazione sostitutiva, da cui possiamo verificare la presenza del figlio.

Importante:

se iscrivi un neonato al Fondo dal mese della sua nascita non ci sarà alcuna carenza per lui.

Sul sito nella tua area riservata:

Ti invitiamo a visitare la tua area riservata sul sito del Fondo per perfezionare l'iscrizione fornendo le informazioni necessarie (privacy, autocertificazioni, stato famiglia ove necessario...).

Coniugi/conviventi dipendenti entrambi iscritti

Se due coniugi/conviventi appartengono a imprese del settore, in cui c'è FASCHIM, e si iscrivono entrambi come dipendenti, l'iscrizione dei figli è gratuita.

È necessario far presente la condizione particolare alla propria impresa, che deve collegare i due iscritti; in questo caso i figli vanno iscritti solamente da uno dei due coniugi/conviventi dipendenti.

Quanto costa

L'iscrizione del dipendente a FASCHIM prevede una quota a carico dell'impresa e una quota a carico del dipendente.

I contributi a carico del dipendente vengono trattenuti mensilmente sulla busta paga.

E per il nucleo familiare?

Per iscrivere anche il nucleo familiare il dipendente ha a suo carico una quota aggiuntiva rispetto alla propria.

**Contributo a carico
del dipendente**

3 euro al mese



**Contributo a carico
dell'impresa**

21 euro al mese

**Iscrizione del
nucleo familiare**

La quota associativa a carico
del dipendente è

MONOCOMPOSTO

(viene iscritta 1 sola persona)

24 euro al mese

PLURICOMPOSTO

(vengono iscritte 2 o più persone)

30,25 euro al mese

Note per CCNL coibentazioni e CCNL attività minerarie:

- dipendente di impresa del CCNL coibentazioni: € 3 a carico del dipendente e € 21 a carico dell'impresa.
- dipendente di impresa del CCNL attività minerarie: € 7 a carico del dipendente e € 17 a carico dell'impresa.

Cosa rimborsa
il Fondo e
come richiedere
i rimborsi





FASCHIM garantisce il rimborso delle spese sanitarie e delle prestazioni effettuate in tutto il mondo secondo quanto previsto dal **Regolamento, dal Tariffario e dal Nomenclatore odontoiatrico.**



Puoi rivolgerti a una **qualsiasi Struttura** sanitaria o Studio medico/odontoiatrico di tua preferenza. Oppure puoi usufruire delle strutture convenzionate con noi.



E' prevista la possibilità di effettuare la richiesta di **rimborso online.**



Se scegli l'invio cartaceo via posta i moduli per i rimborsi si trovano su **www.faschim.it**.

Come richiedere i rimborsi: le Richieste Online

E' la modalità più semplice e puoi utilizzarla per **tutte le prestazioni***. Non devi inviare nulla via posta e il rimborso ha tempi più rapidi (anche perchè i tempi postali sono azzerati).

Direttamente dalla tua **area riservata** sul sito:

- Salva l'immagine della fattura e della eventuale ulteriore documentazione necessaria sul tuo pc (formato jpg/pdf e dimensione massima 2 Mb)
- Clicca su "Richieste online"...
- Scegli la persona per cui stai inviando la richiesta
- Scegli la tipologia di prestazione che stai inviando
- Compila tutti i campi e allega tramite la funzione di upload la fattura e la documentazione aggiuntiva dove richiesta (verifica sempre cosa devi inviarti)
- Invia la richiesta. Una mail ti avviserà a chiusura pratica e potrai vedere l'esito della richiesta nella tua area riservata nella sezione "Rimborsi"



FAI ATTENZIONE A INSERIRE LA RICHIESTA NEL "CANALE" CORRETTO:

- ticket (solo per i ticket del ssn)
- diaria (solo per le diarie)
- prestazioni private
 - (-visite specialistiche private
 - odontoiatria
 - altre prestazioni private)

**IL FONDO NON ACCETTERA' IN NESSUN CASO RICHIESTE INViate
TRAMITE FAX O EMAIL.**

* escluso: la richiesta di "sussidio per la non autosufficienza" (art. 15.6) e la richiesta per le "prestazioni private per gravi malattie" (art.15.7)

Come richiedere i rimborsi: le **fotocopie** via posta

E' possibile anche inviare le richieste in modo cartaceo, via posta.

In questo caso:

- per tutte le prestazioni **non odontoiatriche** compila il **modulo R01** "Domanda di rimborso per spese sanitarie"

- per tutte le prestazioni **odontoiatriche** compila il **modulo R02** "Domanda di rimborso per spese odontoiatriche" (a cui devi sempre allegare anche il modulo **D01** compilato dal dentista)

- allega la fattura/le fatture **in fotocopia**

- allega in fotocopia eventuale ulteriore documentazione richiesta per la prestazione che ci stai inviando (verifica sempre cosa devi inviarti)

- **il Fondo non ti restituirà alcuna documentazione** in fotocopia o **inviata in originale per errore** (tranne le rx odontoiatriche)

- dettaglio della liquidazione:

Nell'anagrafica della tua posizione è presente un indirizzo Email?

SI': in questo caso riceverai una notifica via Email che ti avviserà che nella sezione rimborsi è disponibile l'esito della tua richiesta (lettera di liquidazione)

NO: se non è presente un indirizzo Email riceverai a casa via posta la lettera di liquidazione.

Quando e dove inviare le richieste

A partire da quando?

È possibile chiedere il rimborso per le spese sanitarie che si effettuano a partire **dal 2° mese di iscrizione**.

Questo periodo di “carenza” vale anche per ogni componente del nucleo familiare che viene iscritto.

Entro quando?

Ricordati che hai **3 mesi di tempo dalla data fattura** (data dimissioni per la diaria) per inviare al Fondo la tua richiesta!

- *Se usi la procedura “Richieste online” fa fede la data di chiusura della procedura e quindi di effettivo invio.*
- *Se invii il cartaceo fa fede il timbro postale di invio.*

Dove?

- se utilizzi “Richieste Online” : poi non devi inviare nulla via posta al Fondo.
- se invii il cartaceo per posta: **le fotocopie dei moduli, delle fatture e della documentazione** vanno inviate al seguente indirizzo:
FASCHIM c/o SDS - Via Fiume Bianco 56 - 00144 Roma RM

IMPORTANTE:

Sia per le richieste inviate online sia per quelle inviate via posta il Fondo si riserva di effettuare dei controlli.

Conserva gli originali della documentazione per 12 mesi dalla data della lettera di liquidazione.

In caso di controlli, se non presenterai al Fondo l'originale, il Fondo ti chiederà la restituzione dell'importo rimborsato.

Cosa rimborsiamo

- 
- Ticket**
 - Diarie**
 - Odontoiatria**
 - Prestazioni private**
 - Assistenza alla non autosufficienza**
 - Prestazioni private per gravi malattie**
 - Campagna di prevenzione**

Ticket



Puoi inviare la richiesta online. Se decidi di inviare la richiesta via posta ricordati che devi inviare **le fotocopie** e devi sempre allegare anche il **modulo R01**

Cosa rimborsa il Fondo?

Il Fondo rimborsa tutti i **ticket al 100%** (es: le visite specialistiche, la diagnostica, gli esami di laboratorio, le terapie, gli interventi ambulatoriali....).

Non esistono limiti di numero o di importo rimborsabile.

Cosa è necessario per il rimborso:

■ la ricevuta del ticket

- verifica che siano presenti tutte le informazioni utili al Fondo:
 - dicitura che identifichi che si tratta di ticket (es. ticket, ssn...)
 - dati anagrafici dell'intestatario (nome, cognome, codice fiscale..)
 - descrizione della prestazione eseguita

In caso contrario puoi allegare un documento che ci permetta una chiara identificazione della prestazione. (es. referto se manca la prestazione, foglio prenotazione in cui è indicato che è prenotata con il ssn....)

ESCLUSIONI

Le uniche esclusioni sono:
ticket per rilascio cartella clinica, spese di digitalizzazione, rinnovo patente, vaccini, medicinali, imposte a qualsiasi titolo (es. iva, marca da bollo...)

Diarie



Puoi inviare la richiesta online. Se decidi di inviare la richiesta via posta ricordati che devi inviare **le fotocopie** e devi sempre allegare anche il **modulo R01**

Cosa rimborsa il Fondo?

Il Fondo riconosce la diaria per i ricoveri con il Sistema Sanitario Nazionale:

- **€ 50** per notte, in caso di **ricovero** (max 180 gg in un anno)
- **€ 25** per un **intervento chirurgico** eseguito in Day Surgery/Day Hospital
- **€ 25** per le **terapie oncologiche** in regime di Day Hospital o ambulatoriale

Cosa è necessario per il rimborso:

- in caso di ricovero: lettera di dimissioni con indicato data ingresso, data uscita e motivo del ricovero (tute le pagine)
- in caso di intervento chirurgico eseguito in Day Hospital/Day Surgery: prescrizione del medico di base o lettera di dimissione con indicazione dell'intervento eseguito
- in caso di terapie oncologiche: lettera di dimissione se in Day Hospital o certificazione della Struttura sanitaria se in regime ambulatoriale (in caso di terapia con più sedute, può essere inviata una dichiarazione della Struttura con l'indicazione di tutte le date in cui la terapia è stata eseguita, facendo attenzione a rispettare i 3 mesi di tempo dall'ultima data)



ESCLUSIONI

Il Fondo non prevede la diaria per i ricoveri di psicologia, di odontoiatria e Day Hospital senza intervento chirurgico (tranne terapie oncologiche)

Odontoiatria



Cosa rimborsa il Fondo?

Il Fondo rimborsa per tutte le **prestazioni odontoiatriche** il **40%** del costo sostenuto con il limite annuo di **€ 300**.

Per le sole prestazioni di **implantologia e protesi** in aggiunta al primo massimale, si accede a un secondo massimale annuo: il calcolo è nuovamente il **40% dell'importo che in fattura corrisponde alle prestazioni di implantologia e protesi, al quale si sottrae una franchigia annua di € 500**.

In ogni caso il massimale annuo rimborsabile per l'odontoiatria non potrà essere complessivamente superiore a **€ 3.000**.



Odontoiatria



Puoi inviare la richiesta online. Se decidi di inviare la richiesta via posta ricordati che devi inviare **le fotocopie** e devi sempre allegare anche il **modulo R02**

Cosa è necessario per il rimborso:

■ la fattura

■ il **modulo D01** “Modulo spese odontoiatriche” compilato dal tuo dentista.

Nel caso di impianti/protesi e ortodonzia

va inviata anche la documentazione obbligatoria indicata nel nomenclatore odontoiatrico e riportata anche nel modulo D01 (per esempio Rx/ortopanoramica pre cura e post cura).

Acconto e saldo

Il Fondo rimborsa gli acconti (fattura con scritta la dicitura “acconto”) solo se inviati insieme alla fattura di saldo (fattura con dicitura “saldo”) e sul massimale dell'anno della fattura di saldo. In questo caso gli acconti possono quindi anche essere inviati oltre i 3 mesi dalla data fattura perchè vengono inviati con il saldo: tutta la documentazione deve essere però inviata entro i 3 mesi dalla data della fattura di saldo.

MASSIMALI: I massimali annui di rimborso, per l'iscrizione successiva al mese di Gennaio, si intendono rapportati alle quote mensili dei contributi dovuti e versati nell'anno di iscrizione.

ORTODONZIA: viene considerata nel massimale generico e viene rimborsata **fino al 26° anno di età**, salvo per i figli totalmente inabili.

ESCLUSIONI Fare riferimento al Nomenclatore Odontoiatrico.



Prestazioni private



Cosa rimborsa il Fondo?

Il Fondo rimborsa le prestazioni effettuate privatamente con una **tariffa massima per ogni singola prestazione** come indicata sul Regolamento e Tariffario.

Riportiamo una sintesi delle prestazioni private rimborsate per macro aree:

- **visite specialistiche** (al codice 1 puoi vedere quali specializzazioni vengono ammesse): tariffa max **€ 60, max 15 l'anno per iscritto**
- **tutori e corsetti**: non in ricovero (il **50%** del costo sostenuto con il limite annuo di **€ 100**).
- **terapie oncologiche**
- **interventi chirurgici in regime di ricovero o Day Surgery o ambulatoriale** (in tutte le aree)

- | | |
|---|------------------------------------|
| _ CARDIOCHIRURGIA | _ GASTROENTEROLOGIA (CHIRURGIA |
| _ CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA | GASTROENTEROLOGICA ED |
| _ CHIRURGIA DELLA MAMMELLA | ENDOSCOPICA - ENDOSCOPIA |
| _ CHIRURGIA DELLA MANO | DIAGNOSTICA) |
| _ CHIRURGIA DEL PIEDE | _ GINECOLOGIA - OSTETRICIA |
| _ CHIRURGIA DERMATOLOGICA - | _ NEUROCHIRURGIA |
| CRIOTERAPIA - LASERTERAPIA | _ OCULISTICA |
| _ CHIRURGIA GENERALE Piccoli interventi | _ ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |
| _ CHIRURGIA ORO - MAXILLO - FACCIALE | _ OTORINOLARINGOIATRIA |
| _ CHIRURGIA PEDIATRICA | _ RADIOLOGIA INTERVENTISTICA |
| _ CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA | _ UROLOGIA - DIAGNOSTICA UROLOGICA |
| _ CHIRURGIA TORACO - POLMONARE | _ UROLOGIA ENDOSCOPICA |
| _ CHIRURGIA VASCOLARE | ED OPERATIVA |

Prestazioni private

■ accertamenti diagnostici privati

_ ANALISI DI LABORATORIO

Le analisi di laboratorio private sono ammesse al rimborso solo se eseguite durante un ricovero notturno/Day Surgery oppure se eseguite ambulatorialmente 30gg prima o dopo un intervento chirurgico con ricovero (intervento previsto dal tariffario). Le prestazioni indicate nel tariffario con * sono ammesse a rimborso nel caso siano eseguite durante la gravidanza.

_ ESAMI CITOLOGICI/ESAMI ISTOLOGICI/IMMUNOISTOCHIMICI

_ CARDIOLOGIA

_ DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Angiografia - Ecografia (massimo 3 l'anno; durante la gravidanza massimo 5) -

Mineralometria - Densitometria ossea - Radiologia tradizionale - Risonanza

Magnetica Nucleare - Tomografia Assiale Computerizzata

_ DIAGNOSTICA VASCOLARE Ultrasonografia Doppler - EcoDoppler - EcocolorDoppler

_ MEDICINA NUCLEARE

_ NEUROLOGIA

_ OCULISTICA

_ OTORINOLARINGOIATRIA

_ PNEUMOLOGIA



Prestazioni private

- **fisiokinesiterapia:** rimborso a tariffa, esiste un elenco di tutte le prestazioni ammesse; massimo **60 prestazioni** all'anno per iscritto.
- **lenti correttive:** questa prestazione è usufruibile solo se necessaria per correggere modifiche del visus (diottrie). Il rimborso non è ripetibile prima di 2 anni dalla data della precedente fatturazione. Tariffa fino a **€ 85**.
- **apparecchi acustici:** l'intervento non è ripetibile prima di 3 anni. Tariffa fino a **€ 1200**.
- **terapie riabilitative per disabilità di tipo cognitivo, motorio e del linguaggio:** rimborso a tariffa, come da elenco delle prestazioni ammesse; massimo 80 prestazioni all'anno per iscritto; per i casi di autismo e forme correlate (Asperger, Rett.. con certificato ASL o ospedale pubblico con diagnosi) rimborso del 100% fino al limite delle 80 prestazioni e non oltre il 16° anno di età.
- **corso pre-parto:** Il corso è rimborsabile esclusivamente all'iscritta, per singola gravidanza. Tariffa fino a **€ 175**.



Prestazioni private

Puoi inviare la richiesta online. Se decidi di inviare la richiesta via posta ricordati che devi inviare **le fotocopie** e devi sempre allegare anche il **modulo R01**

Cosa è necessario per il rimborso:

■ la **fattura**

inoltre:

■ **Per ricoveri e interventi chirurgici in Day Hospital/Day Surgery:** la cartella clinica rilasciata e timbrata dall'ospedale/istituto di cura/clinica, completa in ogni parte (anamnesi, diario clinico, referti, ecc...).

■ **Per gli interventi chirurgici ambulatoriali:** diario clinico /cartella clinica o certificazione rilasciata dal medico su carta intestata con diagnosi medica attestante il motivo per cui è stato eseguito l'intervento.

■ **Per la 4° e 5° ecografia in gravidanza nell'anno:** certificazione del medico di base o ginecologo che indichi lo stato di gravidanza.

■ **Per tutori o corsetti (non in ricovero):** prescrizione del medico curante con l'indicazione della patologia per cui si sono resi necessari.

■ **Per le analisi di laboratorio in gravidanza (solo quelle indicate con * nel tariffario alla sezione 13):** la certificazione del medico di base o ginecologo che indichi lo stato di gravidanza.

■ **Per le prestazioni di fisiokinesiterapia:**

-La prescrizione del medico curante con l'indicazione:

- della patologia per cui si sono rese necessarie
- del tipo di prestazioni da effettuare e del numero.

-La prescrizione deve essere precedente la fattura, ma di data non anteriore a 1 anno rispetto alla data della fattura.

-La fattura deve riportare il tipo di prestazioni effettuate e il numero; deve risultare chiaramente l'abilitazione professionale in fisiokinesiterapia di chi ha svolto la prestazione (se privato allegare attestato professionale, se struttura allegare dichiarazione in cui si conferma che la prestazione è stata svolta da un fisioterapista).

Prestazioni private

Puoi inviare la richiesta online. Se decidi di inviare la richiesta via posta ricordati che devi inviare **le fotocopie** e devi sempre allegare anche il **modulo R01**

■ **Per le lenti correttive:** La prescrizione del medico oculista di data non anteriore ad un anno rispetto all'acquisto delle lenti/occhiali su cui ci sia scritto espressamente che c'è una **modifica del visus** che rende necessario l'acquisto delle lenti.

-In caso di primo acquisto delle lenti non è necessaria l'indicazione della modifica del visus, ma in questo caso la prescrizione del medico oculista, che è comunque necessaria, deve indicare che precedentemente alla visita l'assistito non portava le lenti.

-In caso di assistiti fino a 18 anni di età è necessaria la prescrizione dell'oculista, ma non è necessario che ci sia una modifica del visus.

■ **Per apparecchi acustici:** prescrizione del medico curante con l'indicazione della patologia per cui si sono resi necessari.

■ **Per corso pre parto:** certificazione del medico di base o ginecologo che indichi lo stato di gravidanza. Il corso deve essere tenuto da un professionista in materia di ostetricia e ginecologia e deve essere svolto in una struttura autorizzata.

ESCLUSIONI

Le voci non presenti nel tariffario non sono ammesse a rimborso
- Fare riferimento anche all'art. 18 del regolamento, che indica come esclusioni:

- la medicina alternativa e l'omeopatia;
- la medicina generica ossia le prestazioni eseguite da un medico chirurgo senza specializzazione;
- la medicina del lavoro, la medicina legale e la medicina dello sport;
- le cure e gli interventi di carattere estetico, salvo se ricostruttivi e certificati da una Struttura sanitaria pubblica;
- gli infortuni avvenuti in concomitanza con la partecipazione dell'iscritto a competizioni sportive non di carattere amatoriale;
- le visite e le terapie psicologiche, le terapie psichiatriche;
- i trattamenti finalizzati al benessere psico-fisico;
- in materia di allergologia, le terapie, i medicinali, i vaccini e i relativi esami;

- il check-up;
- i ricoveri in Day Hospital senza intervento chirurgico (tranne quelli per terapie oncologiche);
- la dialisi, anche se effettuata in regime di ricovero;
- le terapie e gli interventi attinenti le patologie relative a infertilità e sterilità;
- le iniezioni sclerosanti;
- i farmaci, salvo quelli somministrati nell'ambito di ricoveri e quelli chemioterapici;
- le visite per le certificazioni mediche a pagamento;
- i casi di chirurgia refrattiva eseguiti con qualsiasi metodica, tecnica, apparecchiatura;
- le montature;
- le donazioni o obblazioni;
- l'iva (imposta sul valore aggiunto) presente nelle fatture;
- le spese sostenute per il rilascio della cartella clinica;
- la marca da bollo presente nelle fatture;
- i diritti amministrativi.



Assistenza alla non autosufficienza

Cosa si intende per non autosufficienza:

Si tratta di situazioni in cui l'assistito non è più in grado, **in modo permanente**, di compiere, anche in modo parziale, 4 delle seguenti azioni e necessita di assistenza da parte di un'altra persona:

- _ Farsi il bagno o la doccia _ Vestirsi e svestirsi _ Igiene del corpo _ Mobilità
- _ Continenza _ Bere e mangiare





Assistenza alla non autosufficienza

Cosa riconosce il Fondo?

Per il caso di non autosufficienza in Fondo eroga:

- una rendita mensile del valore di **€ 200** per i primi 24 mesi dalla data di riconoscimento della non autosufficienza (Mod. NA1).
- al termine di questo periodo, o prima qualora l'assistito cessi di essere iscritto al Fondo, **un capitale liquidabile in unica soluzione**.

Questo capitale corrisponde al valore attuale della rendita per la durata residua sino al 60° mese dalla data di riconoscimento della non autosufficienza.

Il valore complessivo è intorno ai **€ 12.000**.

Gli importi dovuti dal Fondo saranno liquidati solo nel caso in cui l'assistito risulti in vita.

Cosa è necessario per richiedere questa prestazione?

- l'apposito modulo di Richiesta di Sussidio per la non autosufficienza (*da inviare in fotocopia al Fondo via posta ai riferimenti presenti sul modulo*)

Il Fondo, qualora ravveda l'appropriatezza della richiesta, provvederà ad inviare, a proprie spese, un medico fiduciario presso il domicilio dell'assistito per certificare lo stato di non autosufficienza.



Prestazioni private per gravi malattie

Cosa si intende?

Si tratta delle spese di riabilitazione e di assistenza connesse alle seguenti gravi malattie/interventi chirurgici: tumore, chirurgia dell'aorta, chirurgia delle valvole cardiache, chirurgia di by-pass aorto-coronarico, ictus, aneurisma, infarto, trapianto degli organi principali.

La prestazione viene erogata per il periodo 1/1/2015 - 31/12/2017.

Cosa rimborsa il Fondo?

- Assistenza infermieristica
- logopedia
- assistenza socio-sanitaria
- fisiokinesiterapia.

Il Fondo rimborsa il **100%** con un massimale di **euro 10.000** (usufruibile entro e non oltre 24 mesi dalla data di accoglimento della richiesta da parte di FASCHIM).



Cosa è necessario per richiedere questa prestazione?

- inviare (via posta in fotocopia ai riferimenti presenti sul modulo) il **modulo GM01** di “Richiesta di attivazione delle prestazioni per gravi malattie” da inoltrare entro 6 mesi dalla data di dimissioni dall’ospedale presso il quale l’assistito è stato in cura per malattie/interventi previsti per questa prestazione o dalla data della diagnosi di tumore. Il Fondo invierà, a proprie spese, un medico fiduciario per certificare la richiesta.
- una volta accolta la richiesta da parte del Fondo, le prestazioni possono essere effettuate secondo le modalità che il Fondo indicherà all’associato.



Campagna di prevenzione

gennaio 2014 - dicembre 2015

La “campagna di prevenzione” è rivolta **solo** agli associati e ai loro familiari iscritti, che rientrano nelle **categorie di età** presenti nella tabella.

Le prestazioni possono essere eseguite **solo nelle strutture convenzionate direttamente con FASCHIM**: sul sito è possibile verificare quali strutture partecipano alla campagna di prevenzione con FASCHIM e quali esami effettuano.

Ti basta prenotare l'esame presso la Struttura più vicina facendo presente che sei associato a FASCHIM. **L'esame sarà gratuito** e non devi poi inviare nulla al Fondo.

| PREVENZIONE | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|--|
| A CHI È RIVOLTA | QUANDO | QUALE ESAME |
| donne \geq 40 anni | ogni anno | - Mammografia bilaterale - Pap test |
| donne/uomini \geq 50 anni | ogni anno | Ricerca sangue occulto nelle feci (SOF-FOBT) |
| uomini \geq 45 anni | ogni anno | - PSA - Ecografia transrettale |
| donne/uomini \geq 50 anni | 1 volta nel periodo 1/1/14-31/12/15 | Visita cardiologica + e.c.g. |
| donne/uomini \geq 50 anni | 1 volta nel periodo 1/1/14-31/12/15 | Ecografia dei tronchi sovra-ortici |
| donne/uomini \geq 50 anni | 1 volta nel periodo 1/1/14-31/12/15 | O.C.T (Tomografia a coerenza ottica) + Pachimetria corneale + Campimetria computerizzata (VCP) + Consegna del referto da parte dell'Oculista |

Come avviene il rimborso

La documentazione inviata è corretta

I rimborsi vengono effettuati esclusivamente tramite bonifico bancario: le coordinate (IBAN) sono quelle che hai indicato nella tua area riservata o sul modulo R01/R02

La documentazione inviata non è corretta

Il Fondo mette la pratica in sospensione e ti invia una comunicazione in cui richiede esattamente cosa serve.

Quando la pratica viene chiusa

■ **hai utilizzato la procedura “Richieste Online”**: la comunicazione della chiusura pratica avviene via mail e l'esito, con la lettera di liquidazione, viene inserito nella tua area riservata nella sezione “Rimborsi”

■ **hai inviato le fotocopie via posta**: il Fondo non ti restituirà alcuna documentazione in fotocopia o in originale inviata per errore (tranne le rx odontoiatriche); Se nella tua anagrafica è presente un indirizzo Email ti arriverà una notifica che ti rimanda all'area riservata sul sito.

Se non è presente un indirizzo Email riceverai a casa via posta la lettera di liquidazione.

Sia per le richieste inviate online sia per quelle inviate via posta il Fondo si riserva di effettuare dei controlli. **Conserva gli originali della documentazione per 12 mesi dalla data della lettera di liquidazione. In caso di controlli, se non presenterai al Fondo l'originale, il Fondo ti chiederà la restituzione dell'importo rimborsato.**

Nella dichiarazione dei redditi

nella dichiarazione dei redditi va inserita solo la parte che FASCHIM non ti ha rimborsato.

Le strutture convenzionate



Le Strutture convenzionate

FASCHIM ha selezionato in tutta Italia una rete di Strutture sanitarie e di Odontoiatri di alta qualità e professionalità medica: le Strutture/Odontoiatri utilizzano le più moderne tecnologie sanitarie e garantiscono uno standard elevato per tutti i tipi di prestazioni. Con queste Strutture sanitarie il Fondo ha sottoscritto accordi sulle prestazioni erogate a importi agevolati. Si chiama “Convenzione diretta” perché il rimborso avviene direttamente e immediatamente senza che l’associato debba chiedere il rimborso al Fondo.

- la prestazione sanitaria in convenzione diretta ha un **costo agevolato** per gli associati: il costo delle prestazioni è infatti concordato con il Fondo in modo vantaggioso per l’associato.
- per le prestazioni effettuate paghi **solo la quota che resta a tuo carico** (come differenza tra il costo totale della prestazione e l’importo che il Fondo rimborsa per quella prestazione).
- se utilizzi le convenzioni dirette poi **non devi inviare a FASCHIM la documentazione**.

Ciò significa che:

- non devi ricordarti alcuna scadenza
- non devi verificare la documentazione perché è la Struttura che ne garantisce la correttezza
- non devi spendere nulla per la spedizione
- non devi attendere neanche un giorno per avere il rimborso

Come si usano

Contatta la Struttura più vicina a te per avere tutte le informazioni che ti servono. Chiedi sempre se la prestazione che devi fare è in convenzione diretta con FASCHIM. Ricordati, quando prenoti, di presentarti sempre come associato a FASCHIM e quando effettui la prestazione di portare la FASCHIM Card.



Ci sono in tutta Italia oltre 2000 strutture sanitarie e studi odontoiatrici convenzionati con FASCHIM.

Ogni giorno una struttura o uno studio possono accedere al sito del Fondo e richiedere la convenzione.



MOTORE DI RICERCA SUL SITO DI FASCHIM

Per sapere quali sono le strutture/studi odontoiatrici più vicine a te e sapere quali prestazioni effettuano in forma diretta, utilizza il motore di ricerca sul sito di FASCHIM, nella sezione Strutture Convenzionate. Puoi stampare l'elenco, puoi vedere sulla mappa dove sono le strutture e puoi ottenere le indicazioni stradali.

APPUNTAMENTO ONLINE

E' il servizio che tramite l'area riservata permette all'associato di inviare una richiesta di appuntamento presso una struttura convenzionata per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e prestazioni delle campagne di prevenzione



Il sito www.faschim.it



Sul sito sono a tua disposizione moltissime informazioni, tutte le novità sul Fondo in tempo reale, molte risposte alle tue domande e indicazioni su cosa fare in casi particolari. Inoltre puoi accedere a tutti i servizi online che FASCHIM ha previsto per te!

Accedi alla tua **area riservata** con il tuo **codice FASCHIM** e la tua **password** e puoi

- verificare la **tua posizione** e in caso di dati mancanti provvedere al perfezionamento dell'iscrizione
- effettuare le richieste di rimborso con la procedura **Richieste online**
- stampare la card
- verificare lo **stato delle tue richieste** di rimborso in tempo reale
- scaricare la scansione di **tutta la documentazione** inviata al Fondo (fatture, documenti integrativi, lettere di liquidazione...)
- **compilare** i moduli R01 e R02 (per poi stamparli e inviarli)
- utilizzare il servizio **Appuntamento online** con le strutture convenzionate!



Il Call Center

Per tutte le informazioni è a tua disposizione dal Lunedì al Venerdì dalle 8.00 alle 18.00 il nostro **CALL CENTER gratuito**

Numero Verde
800-199958

(il numero verde è gratuito se chiami da fisso)



**Il nostro impegno,
la tua salute.**

www.faschim.it

Call Center 800 199 958