



GUIDA AL FONDO

Tutela la tua salute e
quella della tua famiglia



Per i lavoratori dell' industria chimica, chimico-farmaceutica, delle fibre chimiche e dei settori abrasivi, lubrificanti e GPL e per i lavoratori dei ccnl minerario e coibentazioni

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

Ecco perchè è nato FASCHIM il FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA per i lavoratori dell'industria chimica, chimico-farmaceutica, delle fibre chimiche e dei settori abrasivi, lubrificanti e GPL e per i lavoratori dei ccnl 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 puo' iscriversi

I LAVORATORI DIPENDENTI

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

- a tempo indeterminato
- a tempo determinato (pari o superiore a 12 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

- essere fiscalmente a carico (del dipendente iscritto o del suo coniuge/convivente)
- avere un'età compresa tra 0 e 26 anni.

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

E' sufficiente recarsi presso l'ufficio del personale della propria impresa e segnalare di volersi iscrivere.

L'impresa inserirà nel portale di FASCHIM i tuoi dati anagrafici e 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

E' 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.

L'iscrizione dei componenti del nucleo non è mai automatica: per esempio, se nasce un bambino, va chiesta l'iscrizione anche per questo nuovo componente, anche nel caso in cui si abbiano già altri componenti iscritti come nucleo familiare.

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

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.

E' 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 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.

ISCRIZIONE DEL DIPENDENTE

la quota associativa per la
tua iscrizione è di

**3 euro
al mese**

CONTRIBUTO A CARICO IMPRESA

l'impresa versa per la
tua iscrizione

**21 euro
al mese**

ISCRIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

la quota associativa a
tuo carico per l'iscrizione è di

**monocomposto
24 euro al mese**

**pluricomposto
30.25 euro al mese**

COSA RIMBORSA IL FONDO E COME RICHIEDERE I RIMBORSI

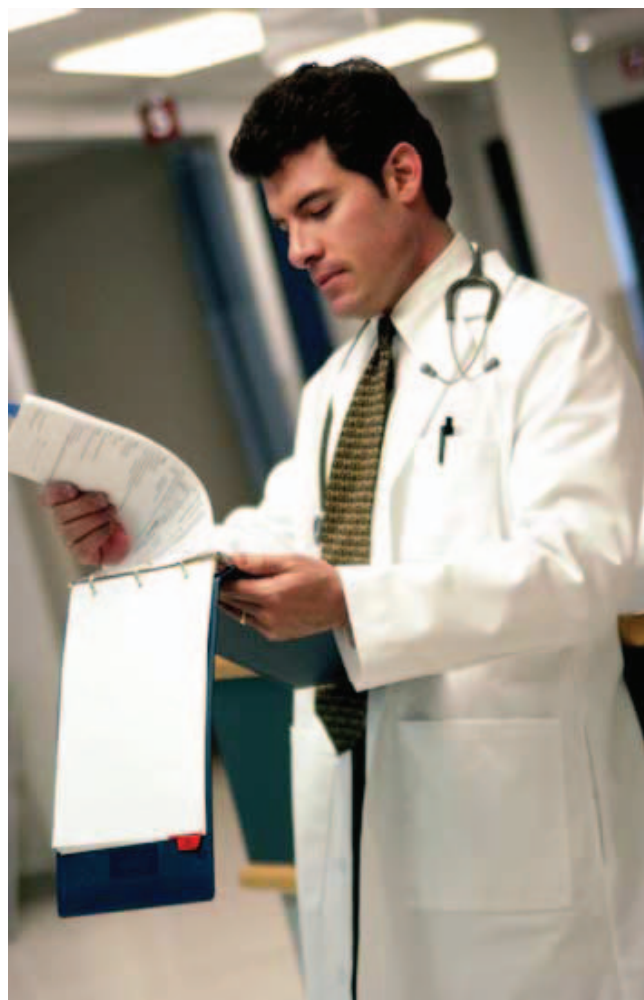


FASCHIM GARANTISCE
IL RIMBORSO DELLE
SPESE SANITARIE
SOSTENUTE SECONDO
QUANTO PREVISTO DAL
"REGOLAMENTO E
TARIFFARIO 09",
DALL' "APPENDICE 1" E
DALL' "APPENDICE 2".

PUOI RIVOLGERTI A UNA
QUALSIASI STRUTTURA
SANITARIA/STUDIO MEDICO
/ ODONTOIATRICO DI TUA
PREFERENZA.

FASCHIM RIMBORSA LE
PRESTAZIONI EFFETTUATE
IN TUTTO IL MONDO.

TUTTI I MODULI INDICATI
SI TROVANO SUL SITO DEL
FONDO



Quando e dove inviare le richieste

A partire da quando?

E' possibile chiedere il rimborso per le spese sanitarie che si effettuano a partire **DAL 4° MESE DI ISCRIZIONE.**

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

Importante: se si iscrive un neonato dal mese della sua nascita non ci sarà alcuna carenza.

Entro quando?

Puoi inviare le richieste di rimborso anche una volta al mese (non più di una volta al mese).

Ricordati però che hai **3 MESI** DI TEMPO DALLA DATA FATTURA per inviare al Fondo la tua richiesta!

Dove?

Le richieste di rimborso (insieme a tutta la documentazione in originale) vanno inviate per posta (con il tipo di invio che preferisci) al seguente indirizzo:

FASCHIM c/o SDS
Via Fiume Bianco 56
00144 Roma (RM)



TICKET



DIARIE



ODONTOIATRIA



PRESTAZIONI
PRIVATE



ASSISTENZA ALLA
NON AUTOSUFFICIENZA

TICKET

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.

COME FARE PER RICHIEDERE I RIMBORSI

Per chiedere il rimborso è necessario inviare al Fondo:

- > il modulo R01 “Domanda di rimborso per spese sanitarie”
- > la fattura in originale

ESCLUSIONI

Le uniche esclusioni sono:

i ticket per rilascio cartella clinica, rinnovo patente, vaccini, quota ricetta, medicinali, iva, marca da bollo.

DIARIE

COSA RIMBORSA IL FONDO

Il fondo riconosce la diaria per i ricoveri in ssn:

- ▶ 50 euro per notte, in caso di ricovero (max 180 gg in un anno);
- ▶ 25 euro per un intervento chirurgico eseguito in day surgery/day hospital;
- ▶ 25 euro per le terapie oncologiche in regime di day hospital o ambulatoriale;

COME FARE PER RICHIEDERE I RIMBORSI

Per chiedere la diaria è necessario inviare al Fondo:

- > il modulo R01 “Domanda di rimborso per spese sanitarie”
- > in caso di ricovero : lettera di dimissioni con indicato il motivo del ricovero (da inviare al Fondo entro 3 mesi dalla data di dimissioni).
- > in caso di intervento chirurgico eseguito in Day Hospital/Day Surgery: la prescrizione del medico di base o la lettera di dimissione con indicazione dell'intervento eseguito.
- > in caso di terapie oncologiche la lettera di dimissione se in day hospital, la certificazione della struttura sanitaria se in regime ambulatoriale.

ESCLUSIONI

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

ODONTOIATRIA

COSA RIMBORSA IL FONDO (ved. nomenclatore odontoiatrico)

Il Fondo rimborsa per tutte le prestazioni odontoiatriche il **30%** del costo sostenuto con il limite annuo di **250 euro**.

In aggiunta a ciò, per le sole prestazioni di **IMPLANTOLOGIA E PROTESI**, tale massimale annuo viene elevato a **2.500 euro**, con una franchigia annua di **500 euro** da applicare sull'importo rimborsato.

In ogni caso il massimale annuo rimborsabile non potrà essere superiore a 2.500 euro.

COME FARE PER RICHIEDERE I RIMBORSI

Per chiedere il rimborso è necessario inviare al Fondo:

- > il modulo R02 "Domanda di rimborso per spese odontoiatriche"
- > il modulo D01 "Modulo spese odontoiatriche" che compila il dentista
- > la fattura in originale

NEL CASO DI IMPIANTI O PROTESI: la documentazione aggiuntiva indicata nel Nomenclatore Odontoiatrico (colonna obblighi) ad esempio RX pre e post cura.

Acconto e saldo

Il Fondo rimborserà gli acconti solo se insieme alla fattura di saldo. Il rimborso delle fatture viene effettuato sul massimale dell'anno della fattura di saldo. In questo caso è possibile inviare la fattura di acconto (su cui deve essere riportata la dicitura "acconto") anche oltre i 3 mesi: questa fattura deve essere inviata insieme alla fattura di saldo (su cui deve essere riportata la dicitura "saldo") entro 3 mesi dalla data della fattura di saldo.

ESCLUSIONI

Fare riferimento al Nomenclatore Odontoiatrico.

Inoltre il Fondo non ammette al rimborso la prestazione di "ortodonzia" e i cod. 2635 e 2648 di "gnatologia" ad assistiti dopo il compimento del 14° anno di età

PRESTAZIONI PRIVATE

COSA RIMBORSA IL FONDO

Il Fondo rimborsa in modo parziale le prestazioni effettuate privatamente. Ogni prestazione ha una TARIFFA massima di rimborso che trovi sul Regolamento e Tariffario.

Riportiamo una sintesi delle prestazioni private rimborsate per macro aree per aiutarti a capire cosa rimborsa il Fondo:

► **VISITE SPECIALISTICHE** *(al codice 1 puoi vedere quali specializzazioni vengono ammesse)*

► **PRESIDI E PROTESI** : *(presidi, tutori, corsetti....: in ricovero (50% fattura), non in ricovero (il 30% del costo sostenuto con il limite annuo di 100 euro).*

► **TERAPIE ONCOLOGICHE**

► **INTERVENTI CHIRURGICI IN REGIME DI RICOVERO o DAY SURGERY o AMBULATORIALE**

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

► 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. Le prestazioni indicate nel tariffario con * sono ammesse a rimborso però nel caso siano eseguite durante la gravidanza.*

ESAMI CITOLOGICI

ESAMI ISTOLOGICI/IMMUNOISTOCHIMICI

CARDIOLOGIA

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI Angiografia - Ecografia (Sono rimborsabili un massimo di 3 ecografie l'anno. Per le ecografie eseguite durante la gravidanza, il numero massimo di ecografie rimborsabili nell'anno è elevato a 5) - Mineralometria - Densitometria ossea - Radiologia tradizionale - Risonanza Magnetica Nucleare - Tomografia Assiale Computerizzata

DIAGNOSTICA VASCOLARE Ultrasonografia Doppler - EcoDoppler - EcocolorDoppler

MEDICINA NUCLEARE

NEUROLOGIA

OCULISTICA

OTORINOLARINGOIATRIA

PNEUMOLOGIA

► **FISIOKINESITERAPIA:** *È previsto il rimborso per massimo 30 prestazioni all'anno per iscritto. La fattura è rimborsata al 30%.*

► **LENTI CORRETTIVE:** *Questa prestazione è usufruibile solo per il periodo 1/4/2010 – 31/12/2012 e se necessaria per correggere peggioramenti del visus. Il rimborso non è ripetibile nel suddetto periodo pertanto il Fondo accetterà solo 1 richiesta di rimborso per ogni assistito. Tariffa fino a euro 75.*

► **APPARECCHI ACUSTICI:** *L'intervento non è ripetibile prima di 3 anni. Tariffa fino a euro 300.*

COME FARE PER RICHIEDERE I RIMBORSI

Per chiedere il rimborso è necessario inviare al Fondo:

- > il modulo R01 "Domanda di rimborso per spese sanitarie"
- > la fattura in originale

Inoltre:

- > Per il caso di ricovero e di intervento chirurgico in day hospital/day surgery: la copia, rilasciata dall'ospedale/istituto di cura/clinica e da quest'ultimo debitamente timbrata, delle cartelle cliniche complete in ogni loro parte (anamnesi, diario clinico, referti ecc.).

- > Per il caso di intervento chirurgico ambulatoriale: il diario clinico o cartella clinica o certificazione rilasciata dal medico su carta intestata con diagnosi medica attestante il motivo per cui è stato eseguito l'intervento.
- > Per il caso di 4a e 5a ecografia effettuate nell'anno, la prescrizione del medico di base o ginecologo che certifichi lo stato di gravidanza
- > Per tutori o corsetti (non in ricovero) è necessario inviare la prescrizione del medico curante con l'indicazione della patologia per cui si sono rese necessarie.
- > Per le analisi di laboratorio indicate con * nel tariffario alla sezione 13 è necessario inviare la prescrizione del medico di base o ginecologo che certifichi lo stato di gravidanza
- > Per le prestazioni di fisiokinesiterapia è necessario inviare la prescrizione del medico curante con l'indicazione della patologia per cui si sono rese necessarie. (Nel caso di gravi malattie indicate nella sezione 14 del tariffario è necessario inviare fin dalla prima richiesta di rimborso dell'anno, una dettagliata certificazione rilasciata dal medico curante che evidenzi almeno uno dei quadri sintomatologici indicati.)
- > Per le lenti correttive è necessario inviare la prescrizione del medico oculista di data non anteriore ad un anno rispetto all'acquisto delle lenti/occhiali che attesti il peggioramento del visus
- > Per apparecchi acustici è necessario inviare la prescrizione del medico curante con l'indicazione della patologia per cui si sono rese necessarie.

ESCLUSIONI Le voci non presenti nel tariffario e nelle appendici 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 infermità mentali non derivate da sindromi organiche e i trattamenti per problemi psichiatrici o psicologici (visite e terapie); -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; -la diagnostica, 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; -corso pre-parto; -le montature; -le donazioni o oblazioni; -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 RIMBORSA IL FONDO

La prestazione erogata dal Fondo per il caso di non autosufficienza è la seguente:

- > una rendita mensile posticipata temporanea del valore di 200 euro da erogarsi per i primi 24 mesi dalla data di riconoscimento della non autosufficienza.
- > 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. Per il tasso di attualizzazione verrà adottato il tasso di interesse legale.

Gli importi dovuti dal Fondo saranno liquidati sempreché l'assistito risulti in vita.

COSA SI INTENDE PER NON AUTOSUFFICIENZA:

La prestazione per il caso di non autosufficienza viene erogata se l'assistito non è più in grado, in modo permanente, di compiere, anche parzialmente, 4 delle seguenti 6 azioni della vita quotidiana e per il cui svolgimento 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

Il riconoscimento della perdita di autosufficienza avviene quando l'assistito raggiunge il punteggio di almeno 30 punti su un totale di 60 punti con i criteri indicati nella tabella B riportata nell'appendice 2.

L'assistito per poter beneficiare di questa prestazione deve essere iscritto al Fondo da almeno 6 mesi. Qualora la perdita di autosufficienza sia conseguenza diretta di infortunio il Fondo riconoscerà la prestazione dalla data del superamento della carenza.

COME FARE PER RICHIEDERE I RIMBORSI

Per chiedere il rimborso è necessario inviare al Fondo:

- > l'apposito modulo di Richiesta di sussidio per la non autosufficienza

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

Come avviene il rimborso

Se la documentazione che hai inviato è corretta e completa il Fondo provvede al rimborso.

I rimborsi vengono effettuati esclusivamente tramite bonifico bancario: le coordinate (IBAN) sono quelle che hai indicato nel modulo R01/R02.

Se la documentazione che hai inviato non è corretta o completa il Fondo mette la pratica in sospensione e invia una lettera al tuo domicilio in cui richiede esattamente cosa serve indicando anche il numero della fattura a cui fa riferimento.

Quando la pratica viene chiusa il Fondo ti **restituisce gli originali** delle fatture insieme a un **rendiconto** del rimborso che ti è stato effettuato.

nella dichiarazione dei redditi

Puoi richiedere nella dichiarazione dei redditi le spese rimborsate da FASCHIM?

SI', MA NELLA DICHIARAZIONE DEI REDDITI VA INSERITA SOLO LA PARTE CHE FASCHIM NON TI HA RIMBORSATO.

NON DEVONO ESSERE INSERITE LE FATTURE CHE FASCHIM HA GIA' RIMBORSATO AL 100% (Es. ticket)

Per la verifica di cosa potrai inserire quale "onere deducibile", ricordati di portare al tuo "caaf" oltre alle fatture anche il documento di dettaglio sul rimborso che ti inviamo quando restituiamo la documentazione.

Le strutture convenzionate

In queste strutture tu, e il tuo nucleo familiare se iscritto, potete:

TICKET

Eseguire prestazioni tramite SSN con il ticket e, se la struttura è organizzata per la gestione dei ticket in convenzione diretta, non pagherai alcun importo perché il rimborso è immediato.

PRESTAZIONI PRIVATE

Eseguire prestazioni privatamente e usufruire di uno sconto sull'importo della prestazione. Il pagamento, se la prestazione è usufruibile in forma diretta, sarà a carico tuo solo per la parte eccedente il rimborso di FASCHIM.

Vantaggi:

-un costo di partenza delle prestazione agevolato

-**pagherai 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)

-**non dovrai piu' procedere all'invio a faschim** della documentazione

Il sito

www.faschim.it

Sul sito sono a tua disposizione moltissime informazioni e tutte le novità sul Fondo in tempo reale. Troverai molte risposte alle tue domande e indicazioni su cosa fare in casi particolari.

Inoltre puoi accedere alla tua **AREA RISERVATA** con il tuo **CODICE FASCHIM** e la tua **PASSWORD**

In questa area puoi verificare la tua posizione, inserire/modificare alcuni dati.

Inoltre hai la possibilità di vedere lo stato delle tue richieste di rimborso e verificare se ci sono richieste da parte del fondo.

Puoi compilare i moduli R01 e R02, per te o per i tuoi familiari, direttamente dal tuo pc.

Il modulo anche se compilato on line va sempre stampato, firmato e inviato in forma cartacea insieme alla documentazione di spesa.

Il Call Center

**Per qualsiasi informazione è a tua disposizione il nostro Call Center gratuito
Attivo dal Lunedì al Venerdì
dalle 8.00 alle 18.00**



FASCHIM
FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA

CALL CENTER
800 199 958

dal lunedì al venerdì
dalle 8 alle 18

Invio delle richieste di rimborso: FASCHIM c/o SDS - Via Fiume Bianco 56 - 00144 Roma

Uffici Direzione FASCHIM - Via Giovanni da Procida 11 - 20149 Milano