

GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE (REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E REGIME RIMBORSUALE)

FASIE è una associazione senza scopo di lucro che persegue lo scopo di garantire ai propri assistiti trattamenti sanitari integrativi del Servizio Sanitario Nazionale.

Tale finalità viene perseguita rendendo disponibile agli assistiti **due regimi di erogazione**:

- a) assistenza sanitaria diretta: è riconosciuta agli assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario reso disponibile da FASIE tramite Previmedical S.p.A., società specializzata incaricata della gestione del Network, con pagamento diretto alle strutture convenzionate da parte del Fondo dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'iscritto a FASIE, il quale pertanto non deve anticipare alcuna somma fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti che rimangono a carico dell'assistito;
- b) assistenza sanitaria rimborsuale: è riconosciuto agli Assistiti il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte dai medesimi e non rientranti nell'ambito del network sanitario reso disponibile dal FASIE (fatta salva l'ipotesi di accesso al network senza aver provveduto a contattare preventivamente la Centrale Operativa), nei limiti prestabiliti dall'opzione sanitaria di riferimento.

La presente guida fornisce le indicazioni all'Assistito circa all'accesso alle prestazioni sia in regime di assistenza in forma rimborsuale che diretta, fornendo in dettaglio i passaggi procedurali da seguire.

In ogni caso, tutte le informazioni sono costantemente aggiornate anche sul sito internet di FASIE www.fasie.it. Dal sito, previa autenticazione, si accede all'area riservata agli iscritti dove è possibile:

- a) consultare l'elenco delle strutture convenzionate**
- b) compilare la richiesta di rimborso (nei limiti di quanto stabilito dal successivo § II, lett. B)**

Segnaliamo altresì che dal 01/06/2009, in aggiunta al servizio di consultazione on line dello stato di elaborazione della propria pratica, è possibile usufruire anche del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", che garantisce una tempestiva e puntuale informazione sullo stato di elaborazione della propria pratica attraverso l'invio di SMS sul proprio cellulare. In particolare, il servizio garantisce una notifica a seguito delle seguenti attività:

- a) avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;**
- b) avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso.**

Per maggiori dettagli sull'attivazione del servizio si rinvia al successivo § II, lett. D), "SEGUI LA TUA PRATICA".

I. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l'assistito **dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa** di Previmedical S.p.A., quale Service Amministrativo di FASIE, per ottenere la relativa autorizzazione.

A seguire, si fornisce il dettaglio dei passaggi procedurali da seguire, differenziati in ragione della tipologia di intervento richiesto.

A) RICOVERI ED INTERVENTI CHIRURGICI

Prima del ricovero/intervento chirurgico

a.1.1 L'Autorizzazione

Prima di un ricovero o di essere sottoposto ad un intervento chirurgico, l'Assistito **deve contattare preventivamente la Centrale Operativa**, per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta; difatti poiché gli accordi con le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che si acceda agli operatori sanitari esclusivamente per il tramite della Centrale Operativa di Previmedical S.p.A., in mancanza del quale l'accesso al regime di assistenza diretta non è consentito.

Per richiedere l'autorizzazione, l'Assistito dovrà contattare i seguenti numeri telefonici:

dall'Italia:

- Numero verde gratuito per chiamate da rete fissa 800 901242
- Numero a pagamento per chiamate da rete mobile 199 285428

dall'estero:

+ 39 040.242.00.19 e + 39 040.986.98.70

L'autorizzazione va richiesta alla Centrale Operativa di Previmedical con un preavviso di 48 ore lavorative.

La Centrale Operativa di Previmedical è a disposizione degli Assistiti 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.

L'Assistito dovrà fornire alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione
- numero di iscrizione
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione
- data della prestazione

L'Assistito **dovrà altresì trasmettere via fax** (numero 041/5907371) alla Centrale Operativa la prescrizione medica con i seguenti elementi:

- prescrizione della prestazione da effettuare
- diagnosi
- certificato medico attestante l'intervento chirurgico da effettuare

La Centrale Operativa, verifica la posizione del richiedente da un punto di vista amministrativo, accertando, attraverso il proprio database gestionale, i seguenti dati:

- l'anagrafica dell'interessato;
- lo "status" dell'Assistito (inclusione in copertura e verifica regolarità contributiva dell'Assistito).

La Centrale Operativa, esperiti i controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione tecnico-medica della richiesta avanzata, effettuando l'analisi della documentazione medica trasmessa dall'Assistito (valutando, a titolo esemplificativo, l'inclusione della prestazione richiesta nell'opzione sanitaria di riferimento dell'Assistito, i massimali residui, etc.).

L'Assistito, nell'ipotesi in cui l'analisi tecnico-medica compiuta dalla Centrale Operativa abbia avuto esito positivo e la struttura riceverà da quest'ultima l'autorizzazione al ricovero/intervento a mezzo fax, o sms, telefono, o flusso web. La Centrale Operativa, effettuata con esito positivo l'analisi tecnico-medica, autorizza altresì a mezzo fax o flusso web la Struttura convenzionata ad erogare la prestazione all'Assistito in regime di assistenza diretta, con conseguente pagamento da parte del Fondo, dando evidenza di eventuali spese non previste dall'opzione sanitaria di riferimento e che rimangono a carico dell'assistito.

In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa o il codice di autorizzazione ricevuto tramite SMS.

a.1.2 Eccezione: casi di urgenza medico-sanitaria

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in rete senza rispettare il preavviso di 48 ore lavorative, è attivabile limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna.

In tali casi, l'Assistito potrà richiedere l'autorizzazione entro i 5 giorni successivi dall'esecuzione dell'intervento e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata. **Contestualmente** l'Assistito dovrà provvedere ad inviare a mezzo fax (041-5907371) alla Centrale Operativa apposito modulo contenente l'attestazione della struttura sanitaria dello stato di necessità ed urgenza. Nel caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, inoltre, l'Assistito dovrà inviare il referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento.

Resta inteso comunque che la valutazione finale sulla effettiva sussistenza del requisito della gravità rispetto al singolo caso, è comunque rimessa all'apprezzamento della Centrale Operativa.

La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero, per le quali l'Assistito sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

a.1.3 Mancata attivazione della centrale Operativa

Qualora l'Assistito acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione si considererà ricevuta in regime di assistenza sanitaria in forma rimborsuale, con pagamento anticipato da parte dell'Assistito e rimborso al medesimo previa detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo.

a.2 La prenotazione

Ferma rimanendo la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa, di cui al precedente paragrafo a.1, con riferimento alla prenotazione delle prestazioni, l'Assistito potrà effettuarla per il tramite della Centrale Operativa, ovvero contattando direttamente la Struttura Convenzionata.

Nell'ipotesi in cui la prenotazione sia effettuata dalla Centrale Operativa, quest'ultima provvederà a fornire all'Assistito un'informativa telefonica, a mezzo fax, e-mail o a mezzo sms della prenotazione effettuata.

Dopo il ricovero/intervento chirurgico

A prestazione avvenuta, l'Assistito dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate dall'opzione sanitaria di riferimento).

Previmedical provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della struttura sanitaria della fattura e della documentazione medica richiesta (prescrizione medica, diagnosi e/o quesito diagnostico, cartella clinica contenente anche l'anamnesi prossima e remota).

L'Assistito riceverà idonea attestazione comprovante l'avvenuta liquidazione.

B) VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

Prima di ricevere la prestazione

b.1.1 L'Autorizzazione

Prima di ricevere le prestazioni, l'Assistito **deve contattare preventivamente la Centrale Operativa**, per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta; difatti poiché gli accordi con le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che si acceda agli operatori sanitari esclusivamente per il tramite della Centrale Operativa di Previmedical S.p.A., in mancanza del quale l'accesso al regime di assistenza diretta non è consentito.

Per richiedere l'autorizzazione, l'Assistito dovrà contattare i seguenti numeri telefonici:

dall'Italia:

- Numero verde gratuito per chiamate da rete fissa 800 901242
- Numero a pagamento per chiamate da rete mobile 199 285428

dall'estero:

+ 39 040.242.00.19 e + 39 040.986.98.70

L'autorizzazione va richiesta alla Centrale Operativa di Previmedical con un preavviso di 48 ore lavorative.

La Centrale Operativa di Previmedical è a disposizione degli Assistiti 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.

L'Assistito dovrà fornire alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione

- numero di iscrizione
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione
- data della prestazione
- lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi e/o quesito diagnostico.

La Centrale Operativa, verifica la posizione del richiedente da un punto di vista amministrativo, accertando, attraverso il proprio database gestionale, i seguenti dati:

- l'anagrafica dell'interessato;
- lo "status" dell'Assistito (inclusione in copertura e verifica regolarità contributiva dell'Assistito).

La Centrale Operativa, esperiti i controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione tecnico-medica della richiesta avanzata, effettuando la pre-analisi della documentazione medica comunicata telefonicamente dall'Assistito (valutando, a titolo esemplificativo, l'inclusione della prestazione richiesta nell'opzione sanitaria di riferimento dell'Assistito, i massimali residui, etc.). Ai fini della predetta analisi, la Centrale Operativa si riserva, ove necessario, di richiedere all'Assistito l'invio, a mezzo fax, della predetta documentazione medica oggetto d'analisi (certificato medico indicante la diagnosi e/o quesito diagnostico).

L'Assistito, nell'ipotesi in cui l'analisi tecnico-medica compiuta dalla Centrale Operativa abbia avuto esito positivo, riceverà da quest'ultima l'autorizzazione al ricovero/intervento a mezzo fax, o sms, o flusso web. La Centrale Operativa, effettuata con esito positivo l'analisi tecnico-medica, autorizza altresì a mezzo fax, telefono, o flusso web la Struttura convenzionata ad erogare la

prestazione all'Assistito in regime di assistenza diretta, con conseguente pagamento da parte di Previmedical, dando evidenza di eventuali spese non previste dall'opzione sanitaria di riferimento dell'Assistito.

In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa.

b.1.2 Mancata attivazione della centrale Operativa

Qualora l'Assistito acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione si considererà ricevuta in regime di assistenza sanitaria in forma rimborsuale, con pagamento anticipato da parte dell'Assistito e rimborso al medesimo previa detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo.

b.2 La prenotazione

Ferma rimanendo la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa, di cui al precedente paragrafo a.1, con riferimento alla prenotazione delle prestazioni, l'Assistito potrà effettuarla per il tramite della Centrale Operativa, ovvero contattando direttamente la Struttura Convenzionata.

Nell'ipotesi in cui la prenotazione sia effettuata dalla Centrale Operativa, quest'ultima provvederà a fornire all'Assistito un'informativa telefonica, a mezzo fax, e-mail o a mezzo sms della prenotazione effettuata.

Dopo aver ricevuto la prestazione

A prestazione avvenuta, l'Assistito dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate dall'opzione sanitaria di riferimento).

Previmedical provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della struttura sanitaria della fattura completa e dell'eventuale ulteriore documentazione giustificativa.

L'Assistito riceverà idonea attestazione comprovante l'avvenuta liquidazione.

II. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME RIMBORSUALE

A) COME CHIEDERE IL RIMBORSO

Qualora l'Assistito riceva delle prestazioni presso strutture da lui individuate, potrà richiedere il rimborso delle spese sostenute, nei limiti prestabiliti dall'opzione sanitaria di riferimento.

Per ottenere il rimborso, l'Assistito, ricevuta la prestazione, dovrà compilare il Modulo di richiesta di rimborso reperibile sul sito internet di FASIE www.fasie.it, compilandolo in ogni sua parte, ed allegare la seguente documentazione giustificativa:

- documentazione medica prevista dal Nomenclatore/Tariffario in base alla tipologia di prestazione usufruita;
- la documentazione di spesa quietanzata (fatture, ricevute). Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge e redatta in lingua italiana, o comunque corredata da traduzione in lingua italiana. Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni.
- per le cure dentarie: l'apposito modulo predisposto dal Fondo compilato dal medico odontoiatra.

Il modulo ed i relativi allegati devono essere trasmessi al seguente indirizzo entro 60 giorni rispetto alla data indicata nei documenti di spesa (90 giorni dalla fine della degenza per l'invio di cartelle cliniche relative a ricoveri):

**FONDO FASIE
CASELLA POSTALE 140
31021 Mogliano Veneto (TV)¹**

La somma spettante all'Assistito è calcolata dal Fondo con detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo.

¹ Od in alternativa, per chi si avvale di corriere, a Previmedical S.p.A., Ufficio Liquidazioni FASIE, via Gioberti 33, 31021 Mogliano Veneto (TV).

B) LA RICHIESTA DI RIMBORSO ON-LINE

In alternativa alla procedura di cui alla precedente lettera A), **dal 01 gennaio 2010** l'assistito potrà **trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso** delle prestazioni sanitarie ricevute, **unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa**. A tal fine assistito dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.fasie.it (AREA ISCRITTI), e seguire tutte le istruzioni riportate nella "Guida alla compilazione della domanda di rimborso".

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. Il Fondo si riserva di effettuare, con i medici e con le strutture sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale. La scansione dei documenti dovrà avere le seguenti caratteristiche:

- Risoluzione della scansione: 200 DPI
- Scansione a colori
- Compressione al 40%
- Dimensione massima file: 4MB
- Numero massimo di file inseribili per pratica: 20 file
- Tipi di file caricabili: PDF o TIFF

La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza (protocollo SSL a 128 bit).

Considerata la sensibilità dei dati trasmessi, il Fondo ha ritenuto opportuno, per affinare il controllo preventivo di possibili abusi connessi all'utilizzo di tale canale, testarne in via sperimentale l'utilizzo, attivando dal 01 luglio 2009 detta funzionalità temporaneamente solo con riferimento ai dipendenti di SNAM RETE GAS.

C) LA CONSULTAZIONE ON-LINE DELLA PROPRIA PRATICA

Accedendo alla propria area riservata dal sito internet di FASIE www.fasie.it (AREA ISCRITTI), l'iscritto, previa autenticazione, può accedere altresì alla funzionalità di consultazione on-line dello stato di elaborazione della propria pratica di rimborso.

In particolare, per ogni rimborso effettuato nei cinque anni precedenti, verranno rese disponibili le seguenti informazioni:

- data rimborso
- tipologia prestazione medica
- persona interessata (iscritto o familiare)
- totale rimborso.

D) SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

Per usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", l'Assistito deve semplicemente indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso. In questo modo, l'assistito riceverà automaticamente a mezzo SMS tutte le informazioni relative alla propria pratica di liquidazione. In particolare, a seguito dell'attivazione del servizio, l'Assistito riceverà una notifica di aggiornamento dello stato di elaborazione della sua pratica in relazione ai seguenti step operativi del processo di pagamento rimborsi:

- avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
- avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso.