



**NORME PER IL
CONSEGUIMENTO DELLE
PRESTAZIONI DI
MALATTIA**

2012

Norme per il conseguimento delle prestazioni di malattia

INDICE

Parte I

IL SISTEMA ASSISTENZIALE FASDAC DISPOSIZIONI DI CARATTERE GENERALE

1 LIVELLI DI ASSISTENZA E PRESTAZIONI **3**

2 ESCLUSIONI **8**

3 DISCIPLINA GENERALE DELLE EROGAZIONI IN FORMA DIRETTA **8**

- 3.1 Principi generali
- 3.2 Criteri di rimborso
- 3.3 Detrazione quota fissa
- 3.4 Prenotazione
- 3.5 Autorizzazione
- 3.6 Documentazione
- 3.7 Fatturazione e pagamento
- 3.8 Programmi di prevenzione

4 DISCIPLINA GENERALE DELLE EROGAZIONI IN FORMA INDIRETTA **10**

- 4.1 Principi generali
- 4.2 Criteri di rimborso
- 4.3 La richiesta di rimborso ("pratica")
- 4.4 Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso
- 4.5 Modalità e termini di presentazione della richiesta di rimborso
- 4.6 Compartecipazione alla spesa per prestazioni erogate dal SSN (ticket)
- 4.7 Detrazione quota fissa
- 4.8 Sospensione e reiezione della richiesta di rimborso
- 4.9 Pagamento dei rimborsi

5 CONTROLLI AMMINISTRATIVI E SANITARI **13**

Parte II

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA PER GLI AVENTI DIRITTO ALLE PRESTAZIONI DEL FONDO

1 DISPOSIZIONI GENERALI **13**

- 1.1 Decorrenza dell'assistenza sanitaria in favore dei familiari
- 1.2 Validità temporale dei documenti/certificazioni

2 DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN ALTERNATIVA ALL'AUTOCERTIFICAZIONE **14**

- 2.1 Coniuge o convivente more uxorio
- 2.2 Figli ed equiparati
- 2.3 Altri familiari a carico

3 DISPOSIZIONI IN MATERIA DI AUTOCERTIFICAZIONE **15**

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 assicura 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 omnicomprensivo.

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 modalità nomenclatore
1 ASSISTENZA OSPEDALIERA			
1.1 Retta giornaliera di degenza	a carico del Fasdac: 85% degli importi convenzionati con la singola struttura a carico del dirigente: 15% dei suddetti importi	a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione • detrazione fissa	<u>Sezione 1.1</u>
Sezione 1.2 Interventi chirurgici (équipe medico-chirurgica)	a carico del Fasdac: 85% degli importi convenzionati con la singola struttura a carico del dirigente: 15% dei suddetti importi	a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione • detrazione fissa	<u>Sezione 1.2 e Allegato 1</u>
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 del dirigente: 15% dei suddetti importi	a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione • detrazione fissa	<u>Sezione 1.3</u>

Livelli di assistenza e prestazioni	Rimborso in forma diretta	Rimborso in forma indiretta	Limiti e modalità nomenclatore
1.4 Assistenza medica oncologica in degenza	a carico del Fasdac: 85% degli importi convenzionati con la singola struttura a carico del dirigente: 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 del dirigente: 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 del dirigente: 15% dei suddetti importi	a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione • detrazione fissa	Sezione 1.6
1.7 Accertamenti diagnostici in degenza	a carico del Fasdac: 85% degli importi convenzionati con la singola struttura a carico del dirigente: 15% dei suddetti importi	a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione	Sezione 1.7 e allegato 2
1.8 Terapie fisiche e riabilitative in degenza	a carico del Fasdac: 85% degli importi convenzionati con la singola struttura a carico del dirigente: 15% dei suddetti importi	a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione	Sezione 1.8 e allegato 3
1.9 Sale dedicate in degenza	a carico del Fasdac: 85% degli importi convenzionati con la singola struttura a carico del dirigente: 15% dei suddetti importi	a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione • detrazione fissa	Sezione 1.9

Livelli di assistenza e prestazioni	Rimborso in forma diretta	Rimborso in forma indiretta	Limiti e modalità nomenclatore
1.10 Attrezzature particolari in degenza	a carico del Fasdac: 85% degli importi convenzionati con la singola struttura a carico del dirigente: 15% dei suddetti importi	a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione • detrazione fissa	<u>Sezione 1.10</u>
1.11 Farmaci in degenza (Tutti)	a carico del Fasdac: 85% della spesa a carico del dirigente: 15% della spesa	a carico del Fasdac: 70% della spesa a carico del dirigente: 30% della spesa • detrazione fissa	<u>Sezione 1.11</u>
1.12 Materiale sanitario in degenza	a carico del Fasdac: 85% della spesa a carico del dirigente: 15% della spesa	a carico del Fasdac: 70% della spesa a carico del dirigente: 30% della spesa • detrazione fissa	<u>Sezione 1.12</u>
1.13 Sangue ed emoderivati in degenza	a carico del Fasdac: 85% della spesa a carico del dirigente: 15% della spesa	a carico del Fasdac: 70% della spesa a carico del dirigente: 30% della spesa • detrazione fissa	<u>Sezione 1.13</u>
1.14 Endoprotesi in degenza	a carico del Fasdac: 85% della spesa a carico del dirigente: 15% della spesa	a carico del Fasdac: 70% della spesa a carico del dirigente: 30% della spesa • detrazione fissa	<u>Sezione 1.14</u>
1.15 Camera a pagamento nei ricoveri a carico del Servizio sanitario nazionale	a carico del Fasdac: 100% della spesa	a carico del Fasdac: 100% della spesa	<u>Sezione 1.15</u>
1.16 Trapianti d'organo	---	a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione • detrazione fissa	<u>Sezione 1.16</u>
2 RICOVERI PARTICOLARI			
2.1 Degenza	---	a carico del Fasdac: contributo forfettario mensile o giornaliero fissato dal Nomenclatore	<u>Sezione 2.1</u>
2.2 Accertamenti diagnostici in degenza	---	a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione	<u>Sezione 2.2 e allegato 2</u>

Livelli di assistenza e prestazioni	Rimborso in forma diretta	Rimborso in forma indiretta	Limiti e modalità nomenclatore
2.3 Terapie fisiche e riabilitative in degenza	---	a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione	<u>Sezione 2.3 e allegato 3</u>
3 LUNGODEGENZA			
3.1 Degenza	---	a carico del Fasdac: contributo forfettario mensile o giornaliero fissato dal Nomenclatore	<u>Sezione 3.1</u>
3.2 Accertamenti diagnostici in degenza	---	a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione	<u>Sezione 3.2 e allegato 2</u>
3.3 Terapie fisiche e riabilitative in degenza	---	a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione	<u>Sezione 3.3 e allegato 3</u>
4 ASSISTENZA EXTRAOSPEDALIERA			
4.1 Interventi ambulatoriali di chirurgia	---	a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione • detrazione fissa	<u>Sezione 4.1 e allegato 1</u>
4.2 Visite specialistiche	a carico del Fasdac: 80% degli importi convenzionati a carico del dirigente: 20% dei suddetti importi	a carico del Fasdac: 80% della spesa a carico del dirigente: 20% della spesa • detrazione fissa	<u>Sezione 4.2</u>
4.3 Accertamenti diagnostici	a carico del Fasdac: 100% degli importi convenzionati con la singola struttura	a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione	<u>Sezione 4.3 e allegato 2</u>
4.4 Terapie fisiche e riabilitative	a carico del Fasdac: 100% degli importi convenzionati con la singola struttura	a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione	<u>Sezione 4.4 e allegato 3</u>
4.5 Visite psichiatriche e psicoterapie	---	a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione	<u>Sezione 4.5</u>
4.6 Altre prestazioni sanitarie	---	a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione	<u>Sezione 4.6</u>
4.7 Assistenza infermieristica domiciliare	---	a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione	<u>Sezione 4.7</u>

Livelli di assistenza e prestazioni	Rimborso in forma diretta	Rimborso in forma indiretta	Limiti e modalità nomenclatore
4.8 Terapie radianti	a carico del Fasdac: 85% degli importi convenzionati con la singola struttura a carico del dirigente: 15% dei suddetti importi	a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione • detrazione fissa	<u>Sezione 4.8</u>
4.9 Farmaci (specialità medicinali di fascia C e omeopatici)	---	a carico del Fasdac: 70% della spesa a carico del dirigente: 30% della spesa • detrazione fissa	<u>Sezione 4.9</u>
4.10 Allattamento artificiale	---	a carico del Fasdac: 70% della spesa a carico del dirigente: 30% della spesa • detrazione fissa	<u>Sezione 4.10</u>
4.11 Lenti correttive della vista	---	a carico del Fasdac: contributo forfettario triennale fissato nel Nomenclatore	<u>Sezione 4.11</u>
4.12 Apparecchio acustico	---	a carico del Fasdac: contributo forfettario triennale fissato nel Nomenclatore	<u>Sezione 4.12</u>
4.13 Prestazioni odontoiatriche	Massimale annuo di €30.000,00 per nucleo familiare fissato nel Nomenclatore		<u>Sezione 4.13</u>
• Cure e protesi dentarie	a carico del Fasdac: 70% degli importi convenzionati con la singola struttura a carico del dirigente: 30% dei suddetti importi • detrazione fissa	a carico del Fasdac: importo fissato nel Nomenclatore per ciascuna prestazione • detrazione fissa	
• Igiene orale una seduta nell'anno	a carico del Fasdac: 70% degli importi convenzionati con la singola struttura a carico del dirigente: 30% dei suddetti importi	---	
• Trattamento ortodontico	a carico del Fasdac: contributo forfettario annuale per i trattamenti ortodontici	a carico del Fasdac: contributo forfettario annuale per i trattamenti ortodontici	

Livelli di assistenza e prestazioni	Rimborso in forma diretta	Rimborso in forma indiretta	Limiti e modalità nomenclatore
5 TRASPORTO ASSISTITO			
Trasporto in autoambulanza	---	a carico del Fasdac: 100% della spesa	Sezione 5
6 COMPARTECIPAZIONE SPESA SSN			
Rimborso ticket	---	a carico del Fasdac: 100% della spesa	Sezione 6
7 PREVENZIONE			
Pacchetti di prevenzione	Secondo specifici programmi Fasdac	---	Sezione 7
8 SPESE FUNERARIE			
Spese funerarie	---	a carico del Fasdac: contributo forfettario fissato nel Nomenclatore Fasdac	Sezione 8

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 erogazioni in forma diretta) e 4 (disciplina generale delle erogazioni 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 erogabili dal Fondo:

- le prestazioni erogate da strutture socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili;
- le prestazioni effettuate da operatori e presso strutture sprovvisti rispettivamente dei titoli di studio/ professionali previsti dalla legge e delle 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 sulle prestazioni libero professionali.

3 DISCIPLINA GENERALE DELLE EROGAZIONI 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. Le convenzioni dirette si applicano solo se le prestazioni sono effettuate da equipe medico-chirurgiche e/o da professionisti sanitari che aderiscano alla convenzione Fasdac con la singola struttura. E' compito dell'assistito accertare tale circostanza presso la struttura ovvero presso i professionisti sanitari all'atto della prenotazione e comunque prima dell'esecuzione della prestazione. Qualora l'assistito si avvalga di equipe medico-chirurgiche e/o di professionisti sanitari non aderenti alla convenzione Fasdac, tutte le spese sia della struttura che dei medici sono a totale carico dell'assistito che dovrà istruire un'unica pratica di rimborso in forma indiretta contenente tutti i documenti di spesa. La struttura applicherà 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 singole patologie. 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 mediante rimessa diretta alla struttura, secondo le misure percentuali indicate nella tabella 1.

3.3 Detrazione quota fissa

Limitatamente alle cure e protesi odontoiatriche l'assistito dovrà corrispondere alla struttura la quota fissa di € 51,65 per ogni periodo di sei mesi o frazione di esso a decorrere dalla data del primo documento di spesa fino alla data dell'ultimo documento di spesa. Per i trattamenti di implantologia, ortodonzia preprotetica e chirurgia preprotetica tale quota fissa è applicata per ogni periodo di sei mesi o frazione di esso decorrente dalla data di inizio cure, come risultante dal diario clinico redatto dal medico, fino alla data dell'ultimo documento di spesa.

3.4 Prenotazione

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

3.5 Autorizzazione

La prestazione in forma diretta è subordinata al rilascio dell'autorizzazione da parte del Fasdac. L'autorizzazione è richiesta direttamente dalla struttura prescelta e ha validità per 7 giorni. Nei casi di urgenza l'autorizzazione può essere richiesta anche successivamente all'accettazione. L'autorizzazione può essere rilasciata anche successivamente all'accettazione prima della fatturazione.

In mancanza di autorizzazione, l'interessato potrà comunque sottoporsi alle cure sostenendo il

relativo onere alle tariffe convenzionate e istruire, ove previsto, la pratica di rimborso secondo le modalità del regime indiretto.

3.6 Documentazione

All'atto della prestazione l'assistito dovrà esibire un proprio documento di identità.

Per le **prestazioni mediche** è necessario:

- consegnare alla struttura la prescrizione medica con la diagnosi. La prescrizione non è richiesta per i ricoveri e per le visite specialistiche;
- consegnare alla struttura il modulo di autocertificazione (mod. Unico) debitamente sottoscritto.

Per le **prestazioni odontoiatriche** è necessario:

- consegnare allo studio il modulo di autocertificazione (mod. Unico) debitamente sottoscritto;
- al termine delle cure, controfirmare il Certificato definitivo di cure odontoiatriche (mod. D02/D);
- per i trattamenti di implantologia, ortodonzia preprotetica e chirurgia preprotetica l'iscritto dovrà sottoscrivere il relativo modulo D03/D e dovrà eseguire le ortopanoramiche di inizio e fine cura.

La modulistica è disponibile presso le strutture convenzionate, presso le Associazioni territoriali Manageritalia e può essere scaricata dal sito internet.

3.7 Fatturazione e pagamento

Al termine della prestazione la struttura rilascia fattura intestata all'assistito con indicazione dell'eventuale quota a carico dello stesso. Sono a totale carico dell'assistito le spese di carattere non strettamente sanitario (ad esempio, per l'assistenza ospedaliera: ristorante, bar, telefono ecc.).

La fattura, controfirmata dall'assistito, è inviata al Fondo in originale a cura della struttura, che ne rilascia contestualmente fotocopia all'interessato. Il Fondo provvede a corrispondere direttamente alla struttura quanto di sua competenza.

3.8 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 EROGAZIONI IN FORMA INDIRETTA

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 lì specificati.

Per le prestazioni non inserite nel predetto Nomenclatore, il rimborso è effettuato secondo l'importo fissato relativamente a una prestazione assimilabile a quella oggetto della richiesta, secondo il giudizio del consulente medico del Fondo. Per le prestazioni non previste e non assimilabili ad altra prestazione presente il Fondo valuterà l'opportunità dell'inserimento della prestazione stessa nel Nomenclatore fissandone l'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 forma 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 documenti di spesa per soli medicinali possono riferirsi a più eventi di malattia. Tali pratiche sono soggette alla specifica disciplina della detrazione fissa di cui al paragrafo 4.7;

b) le richieste di rimborso relative alla gravidanza, al parto e al puerperio sono considerate unico evento fino a un massimo di 12 mesi tra il primo e l'ultimo documento di spesa;

c) le richieste di rimborso per spese relative a soli ticket possono riferirsi a più eventi e sono soggette alla specifica disciplina di cui al paragrafo 4.6.

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 internet.

4.4 Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso

La richiesta di rimborso deve essere corredata della seguente documentazione:

a) prescrizione medica intestata all'assistito completa di diagnosi indicante il tipo e il numero delle prestazioni;

b) fotocopia della cartella clinica per tutti i tipi di assistenza ospedaliera o interventi di chirurgia ambulatoriale;

c) documentazione inerente la qualificazione professionale dell'operatore sanitario per le prestazioni di terapia fisica e riabilitativa;

d) documento di spesa intestato all'assistito 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 degli onorari corrisposti.

Tutti i documenti di spesa devono essere inviati contestualmente alla richiesta di rimborso. Non sono ammessi al rimborso fatture inviate successivamente all'inoltro della pratica.

Tutta la documentazione di spesa deve essere prodotta in originale ed essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge.

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

La documentazione di spesa in fotocopia è ammessa solo nel caso in cui l'originale sia stato consegnato al Servizio sanitario nazionale per il rimborso in regime di assistenza indiretta e ciò risulti da specifica attestazione della competente struttura del predetto Servizio. Tutti i documenti delle 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 della fattura.

Il Fondo non può fornire fotocopie e non restituisce i documenti originali, salvo che non vi sia espressa documentata richiesta degli stessi da parte dell'Amministrazione finanziaria.

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

4.5 Modalità e termini di presentazione della richiesta di rimborso

Le richieste di rimborso devono essere presentate all'Associazione territoriale Manageritalia di appartenenza, che effettua una prima istruttoria della pratica e richiede, se del caso, la documentazione mancante.

Le richieste di rimborso devono essere chiuse e presentate entro il termine perentorio di due anni 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 e soglia di ammissibilità al rimborso), 4.5 (modalità e termini di presentazione) e 4.7 (detrazione quota fissa) è consentita la presentazione in forma cumulativa dei 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, in due pratiche l'anno, da rimettere all'Associazione Manageritalia competente:

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

Il Fasdac rimborsa per intero il ticket sulla ricetta reintrodotta dalla legge 15 luglio 2011 n. 111 nelle diverse modalità in cui le Regioni lo stanno sino ad ora applicando.

4.7 Detrazione quota fissa

Dall'importo rimborsabile per ciascuna pratica è detratta 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".

Per le richieste di rimborso contenenti documenti di spesa per soli medicinali riferiti a più eventi di malattia è detratta una quota fissa di € 51,65 per ogni € 250,00 o frazione di €

250,00 della spesa ammissibile.

4.8 Sospensione e reiezione della richiesta di rimborso

Le richieste di rimborso incomplete della documentazione prescritta sono sospese. La sospensione è comunicata al dirigente 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. Avverso i provvedimenti di reiezione delle richieste di rimborso è ammesso ricorso motivato al Comitato Esecutivo del Fondo entro il termine di 30 giorni.

4.9 Pagamento dei rimborsi

Il Fondo effettua il pagamento dei rimborsi esclusivamente a mezzo bonifico bancario sul conto corrente intestato al dirigente iscritto, anche per le pratiche relative ai propri familiari assistiti. Il dirigente iscritto deve quindi comunicare il codice "IBAN" (International Bank Account Number) composto da 27 caratteri del proprio conto corrente, desumibile dall'estratto conto, come da esempio che segue:

- Paese (due lettere) IT
- Check Digit (due numeri) 12
- Cin (una lettera) A
- ABI (cinque numeri) 05040
- CAB (cinque numeri) 03209
- N. C/C (dodici caratteri alfanumerici) 00000099991Y
- IT 12 A 05040 03209 00000099991Y

Ogni variazione del predetto codice dovrà essere tempestivamente comunicata al Fondo utilizzando il modulo per la comunicazione delle coordinate bancarie (mod. VB/01) disponibile presso le Associazioni territoriali Manageritalia o scaricabile dal sito internet.

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 di accertamenti amministrativi e/o controlli sanitari mediante medici dallo stesso prescelti.

Parte II

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA PER GLI AVENTI DIRITTO ALLE PRESTAZIONI DEL FONDO

1 DISPOSIZIONI GENERALI

Ai fini del riconoscimento del diritto all'assistenza in favore dei familiari, il dirigente, all'atto della richiesta di iscrizione al Fondo, è tenuto a inviare i documenti indicati nei punti che seguono. In alternativa, il dirigente può attestare 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.

Il dirigente è tenuto inoltre a trasmettere tempestivamente i documenti utili a dimostrare ogni variazione del proprio nucleo familiare.

1.1 Decorrenza dell'assistenza sanitaria in favore dei familiari

- Ricorrendo i requisiti regolamentari, l'assistenza sanitaria decorre dalla data di iscrizione del dirigente al Fasdac.
- 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.

1.2 Validità temporale dei documenti/certificazioni

Le certificazioni relative a stati di norma non soggetti a modifica (figlio, coniuge, convivente more uxorio, genitore, inabilità) 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) 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 se nel frattempo sono venuti meno i relativi presupposti (ad esempio nuova occupazione per il figlio disoccupato).

2 DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN ALTERNATIVA ALL'AUTOCERTIFICAZIONE

2.1 Coniuge o convivente more uxorio

2.1.1 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.

2.1.2 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.

2.2 Figli ed equiparati

2.2.1 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.

2.2.2 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.

2.2.3 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 da inviare in copia aggiornata all'inizio di ogni anno o, comunque, unitamente alla prima richiesta di rimborso dell'anno relativa al figlio.

2.3 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.

2.3.1 Genitori di dirigenti in servizio

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

2.3.2 Genitori di dirigente proscrittore volontario o pensionato

- Atto notorio attestante che il dirigente usufruisce delle deduzioni per oneri 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.

3 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.