



Customer Care 06 44070600

operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 18.00

Hai bisogno di informazioni sulla tua iscrizione o sui Piani Sanitari?

Hai domande e dubbi sulle prestazioni presenti nel tuo Piano Sanitario?

Hai bisogno di informazioni sulle strutture sanitarie convenzionate?

Introduzione	pag. 3
1. Area riservata Assidai	pag. 4
2. Come presentare le richieste di rimborso delle spese mediche	pag. 7
3. Documentazione necessaria ai fini della corretta evasione delle richieste di prestazione	pag. 13
4. Convenzionamenti diretti	pag. 18
5. Aggiornamento informazioni anagrafiche	pag. 20
6. Varie ed eventuali	pag. 21
7. Glossario	pag. 22



Gentili Iscritti,

vi presentiamo le seguenti procedure operative, che sono state aggiornate per consentirvi di usufruire nel migliore dei modi di tutti i servizi offerti dal nostro Fondo.

Da 30 anni ci prendiamo cura di tutti voi e delle vostre famiglie cercando di esservi accanto nelle fasi più delicate della vostra vita. E cerchiamo di farlo con impegno e dedizione, nonostante tutti i cambiamenti sociali e operativi che accompagnano, come è normale che sia, il nostro lavoro quotidiano. In piena pandemia da Covid-19 più volte vi abbiamo comunicato come Assidai, avendo come principi fondanti del proprio operato la solidarietà e la mutualità, non prevede nei propri Piani Sanitari esclusioni per il rischio pandemia.

E la cura di tutti voi è a 360 gradi garantendo: l'assistenza sanitaria e il rimborso delle spese mediche come previsto dal Piano Sanitario sottoscritto; offrendovi, senza alcun contributo aggiuntivo, le importanti coperture per la non autosufficienza - Long Term Care; tutelando i manager in azienda con polizze vita, infortuni e invalidità.

Vi ricordiamo poi che, a seguito dell'ultimo rinnovo del CCNL Dirigenti siglato da Confindustria e Federmanager nel 2019, Fasi e Assidai hanno deciso di rafforzare la propria partnership, ponendosi un obiettivo chiaro: consolidare le rispettive posizioni di leadership sul mercato e salvaguardare al tempo stesso il patto intergenerazionale tra dirigenti in servizio e pensionati. La collaborazione tra i due Enti è valorizzata dalla nuova società IWS - Industria Welfare Salute, costituita da Federmanager, Confindustria e Fasi, alla quale sia Fasi sia Assidai hanno demandato alcune attività strategiche per semplificare il rapporto con entrambi i Fondi e valorizzare il background di conoscenze. Segnaliamo, in particolare, l'introduzione della Pratica Unica Online per gli iscritti Fasi-Assidai e, per tutti gli assistiti e le loro famiglie, lo sviluppo del nuovo network IWS caratterizzato da eccellenti strutture sanitarie, socio-sanitarie e medici/chirurghi/odontoiatri convenzionati che garantiscono i migliori servizi a tariffe competitive.

Infine, vi preghiamo di segnalarci eventuali altri approfondimenti che riteniate importanti da inserire all'interno delle procedure operative di seguito descritte. I vostri suggerimenti ci aiuteranno a migliorare il nostro lavoro e, da parte nostra, vi assicuriamo il massimo impegno per offrirvi servizi sempre più in linea con le vostre esigenze.

Buona consultazione!

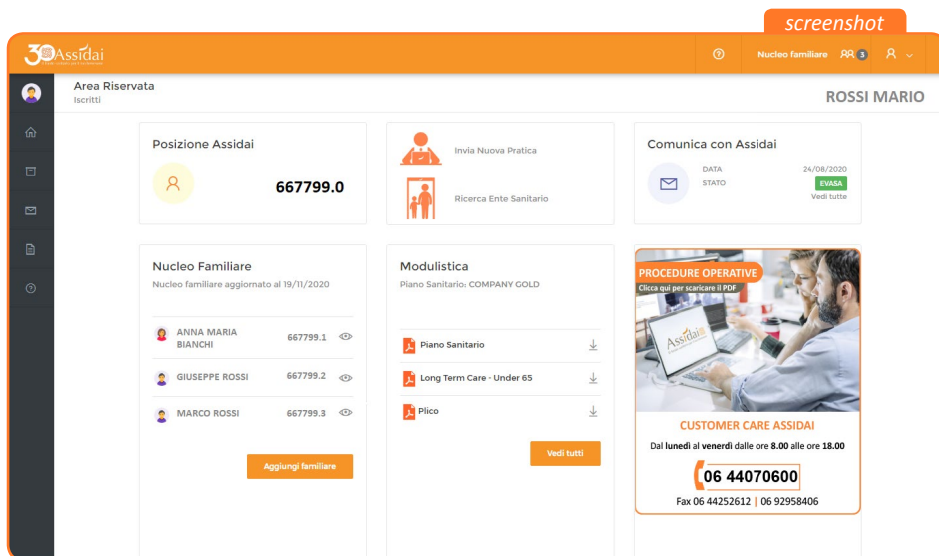
Marco Rossetti
Direttore Generale

L'area riservata Assidai è uno strumento sicuro e innovativo che consente di essere sempre in contatto con il Fondo e di gestire in totale autonomia il rapporto con Assidai.

È possibile accedere alla tua area riservata da tutti i dispositivi: PC, tablet e smartphone e, collegandosi ad essa, ecco di seguito le funzioni fruibili:

- Aggiornare costantemente i tuoi dati anagrafici.
- Verificare la situazione contributiva.
- Stampare la modulistica personalizzata.
- Inviare le richieste di rimborso per le spese mediche sostenute.
- Monitorare lo stato di avanzamento delle richieste di rimborso inserite.
- Cercare le strutture convenzionate.
- Comunicare con Assidai.

Di seguito si evidenzia come appare la schermata interna dell'area riservata. A sinistra è presente il menù dal quale si può accedere a tutte le funzioni elencate di sopra.



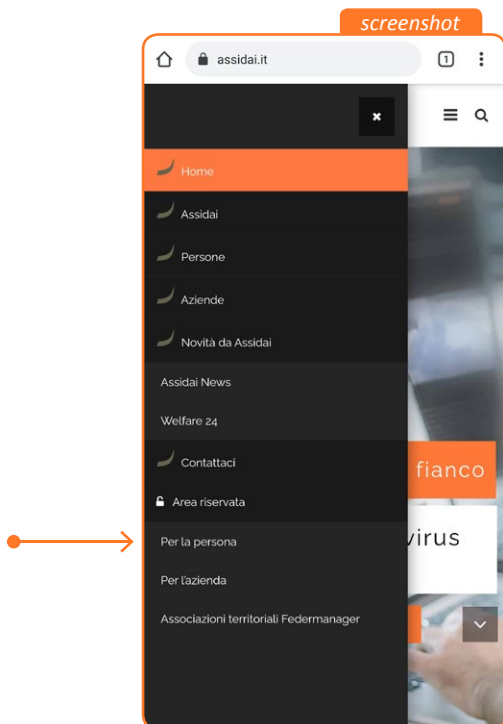
Come accedere all'area riservata?

Per accedere alla propria area riservata è sufficiente collegarsi al link dedicato iscritti.assidai.net oppure direttamente al sito www.assidai.it attraverso PC, tablet o smartphone. Analizziamo nei dettagli le modalità di accesso:

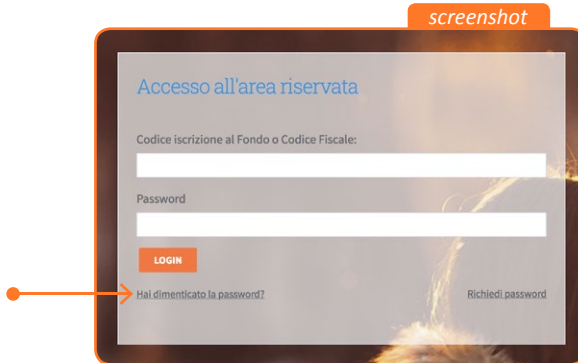
- **Se ci si collega da PC** è necessario cliccare sull'ultima voce del menù a destra della Home page del sito **Area riservata** e scegliere la voce **Per la persona**. Di seguito un esempio di come accedere dal personal computer.



- **Se ci si collega da tablet o smartphone** è necessario cliccare sul menù indicato a sinistra e scegliere la voce **Area riservata - Per la persona**.

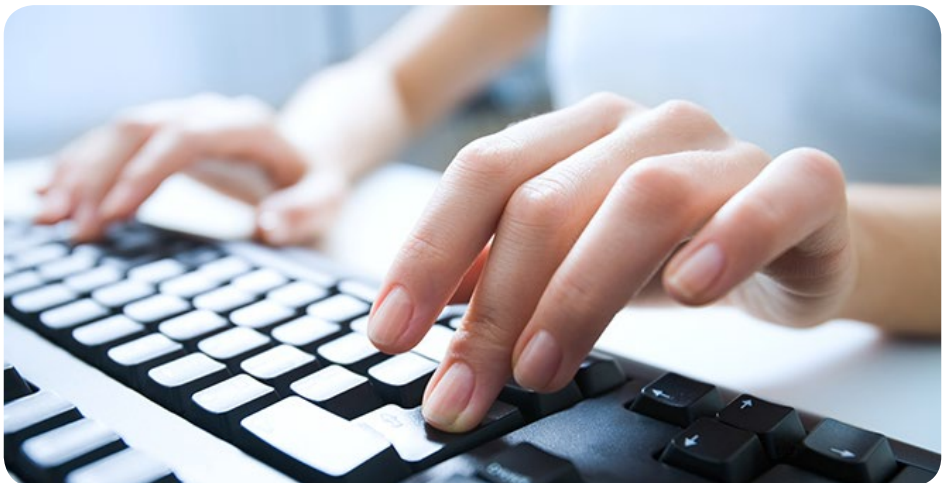


Subito dopo è possibile inserire all'interno del box che appare il **Codice di Iscrizione al Fondo** o il **Codice Fiscale** e la **password** in proprio possesso.



Importante

Qualora si sia dimenticata la password, la stessa può essere richiesta direttamente online cliccando sulla voce **Hai dimenticato la password?** sulla pagina di accesso all'area riservata stessa, oppure telefonicamente contattando il **Customer Care Assidai** al numero **06 44070600**. La password verrà inviata tramite e-mail o sms ai riferimenti presenti nella scheda anagrafica del singolo iscritto, che ne ha fatto richiesta. Si precisa che, qualora i campi e-mail o cellulare non siano popolati, si procederà con l'invio della password a mezzo posta ordinaria al domicilio indicato.



2A. Iscritti Fasi - Assidai

Per gli iscritti sia ad Assidai che al Fasi è attiva la nuova modalità **Pratica Unica** per inviare la documentazione e richiedere il rimborso delle spese sostenute in forma indiretta (*vedere Glossario - Regime indiretto di rimborso o di assistenza indiretta*).

“Pratica Unica” di richiesta rimborso

La **Pratica Unica** è un cambiamento epocale, frutto della collaborazione tra Fasi-Assidai e valorizzata dalla nuova società IWS - Industria Welfare Salute (la società partecipata da Federmanager, Confindustria e Fasi); rappresenta una svolta per gli iscritti in comune ai due Fondi all’insegna della semplificazione delle procedure e dell’ottimizzazione delle risorse, con un evidente risparmio di tempo.

Pertanto, gli iscritti Fasi-Assidai, che effettuano prestazioni sanitarie in forma indiretta, non devono più inviare domande di rimborso separate ai due Fondi, ma possono inviare una sola pratica, caricando tutta la documentazione sul portale IWS.

In termini operativi, la **Pratica Unica** viene gestita prima per la quota di competenza Fasi e, successivamente, viene calcolata l’eventuale quota integrativa di competenza Assidai.

Scegliere una delle seguenti modalità per inoltrare la **Pratica Unica** ai due Fondi:

- Effettuare l’accesso all’**area riservata Assidai**, utilizzare le credenziali Assidai e cliccare sullo specifico link per accedere al portale/procedura IWS.
- Accedere all’**area riservata Fasi**, utilizzare le credenziali Fasi e cliccare sullo specifico link per accedere al portale/procedura IWS.
- Accedere direttamente al portale www.industriawelfaresalute.it e utilizzare le credenziali Assidai oppure quelle Fasi.
- Recarsi presso l’Associazione Territoriale Federmanager alla quale si è iscritti (*vedere specifiche paragrafo - Associazioni Territoriali Federmanager*).

Si precisa che eventuali **invii di richieste di rimborso in formato cartaceo non potranno essere gestite in modalità Pratica Unica**. In tali casi, sarà necessario inviare due richieste di rimborso distinte, una per il Fasi e una per Assidai. In questo caso i tempi per la liquidazione potranno essere superiori rispetto a quelli previsti per le pratiche inviate online. Inoltre, si sottolinea che, nel caso in cui si scelga il tradizionale invio cartaceo (*vedere paragrafo 6 per maggiori dettagli*), il Fasi non si potrà fare carico di trasmettere la documentazione cartacea ad Assidai né potrà avvenire il contrario.

Per ulteriori informazioni e chiarimenti, sul portale www.industriawelfaresalute.it sono presenti alcuni video tutorial che spiegano, passo dopo passo, come accedere, come inserire le pratiche di rimborso e molto altro ancora. Inoltre, è stata introdotta la possibilità di farsi supportare direttamente da un assistente virtuale che permette di chiamare in automatico il Contact Center IWS al numero 06 955861 o di scrivere un messaggio, utilizzando la chat.

2B. Iscritti solo ad Assidai e iscritti ai Piani Sanitari Integrativi aventi fondi primari diversi dal Fasi

Le richieste di rimborso delle spese mediche sostenute possono essere presentate ad Assidai utilizzando due modalità: **1. online** accedendo alla propria area riservata Assidai o al portale www.industriawelfaresalute.it oppure, in alternativa, **2.** recandosi presso l'**Associazione Territoriale Federmanager** alla quale si è iscritti. Di seguito i dettagli relativi alle due modalità.

1. Online

Inserire online le richieste di rimborso delle spese mediche sostenute è molto semplice e intuitivo ed è possibile farlo seguendo due iter.

Entrando sull'area riservata Assidai

Accedere all'area riservata Assidai (modalità indicate nel paragrafo **1. AREA RISERVATA ASSIDAI**) e scegliere all'interno del menù posto a sinistra della schermata la voce: **Caricamento Pratiche Online e visualizzazione pratiche trasmesse.**

Tramite il portale IWS

Accedere al portale www.industriawelfaresalute.it e inserire il proprio codice fiscale e la password Assidai (**N.B. bisogna utilizzare la stessa password che si utilizza per accedere all'area riservata del Fondo.**)

Novità dal 1° gennaio 2021 valida per tutti gli iscritti

GESTIONE PRATICHE DI RIMBORSO

Per inserire, consultare ed eventualmente integrare le pratiche di rimborso per le spese mediche sostenute è necessario cliccare sulla voce del menù a sinistra - presente sulla propria area riservata - **CARICAMENTO PRATICHE ONLINE E VISUALIZZAZIONE PRATICHE TRASMESSE**.

- Una volta cliccato su questa voce si viene reindirizzati sul portale:
www.industriawelfaresalute.it
- Per inserire le nuove pratiche di rimborso:
 - Cliccare sul box **Gestione documenti di spesa**.
 - Appare così la schermata **Nuovo documento di spesa**.



- All'interno dell'area **Carica le fatture** è possibile inserire i documenti di spesa selezionando i file o trascinandoli direttamente all'interno del riquadro tratteggiato.
- Nello spazio a destra dello schermo è possibile vedere l'**anteprima delle fatture caricate**, così da accertarsi che i documenti che si stanno inserendo siano corretti. Una volta caricati i documenti di spesa, alcuni dati vengono importati in automatico nella schermata successiva. Si raccomanda di controllare i dati importati e di integrare le altre informazioni richieste.
- Nel momento in cui si caricano i documenti di spesa è a completa disposizione un **assistente virtuale** che consente di **chiamare il Contact Center IWS al numero 06 955861, inviare un messaggio** o consultare i **video tutorial**.

➤ Per la consultazione delle pratiche in lavorazione scorrere la pagina:

screenshot

DOCUMENTI DI SPESA IN LAVORAZIONE
Consulta i tuoi documenti di spesa in lavorazione, clicca sul documento per modificare, cancellare o visualizzare.

STATO	IMPORTO	FILE
Nessun risultato		

PRATICHE IN LAVORAZIONE
Consulta le tue pratiche in lavorazione, clicca sul documento per modificare, cancellare, ripristinare o visualizzare.

ASSISTITO	RIFERIMENTO	DESTINATARIO	STATO
1	L/2020 Generica	ASSIDAI	IN LAVORAZIONE

Pratica inviata il 17/11/2020 09:37:32

➤ Successivamente, per la consultazione delle spese mediche presentate dal **01.01.2021** cliccare sulla voce **Pratiche elaborate**.

screenshot

NUOVO DOCUMENTO DI SPESA

CARICA LE FATTURE **ANTEPRIMA**

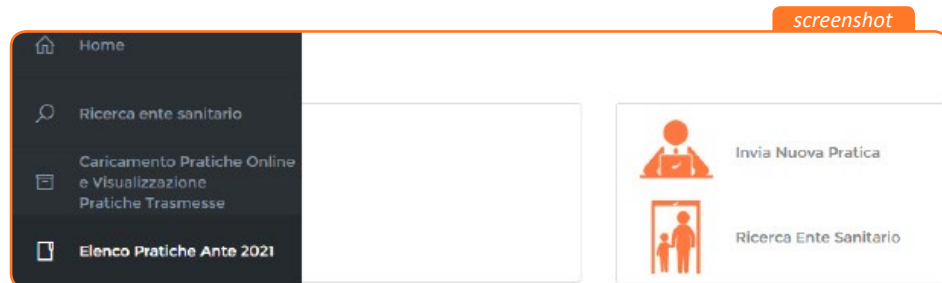
Pratiche elaborate

ID IWS	ID richiesta n°	ASSISTITO	RIFERIMENTO	Provenienza	Codice Prenotazione	Data prenotazione	Data Invio	Destinatario	Stato	Totale richiesto	Totale liquidato
	1174		4/2020 Generica		1	11/06/2020	11/08/2020	ASSIDAI	LIQUIDATA	€ 2.000,00	€ 1.800,00

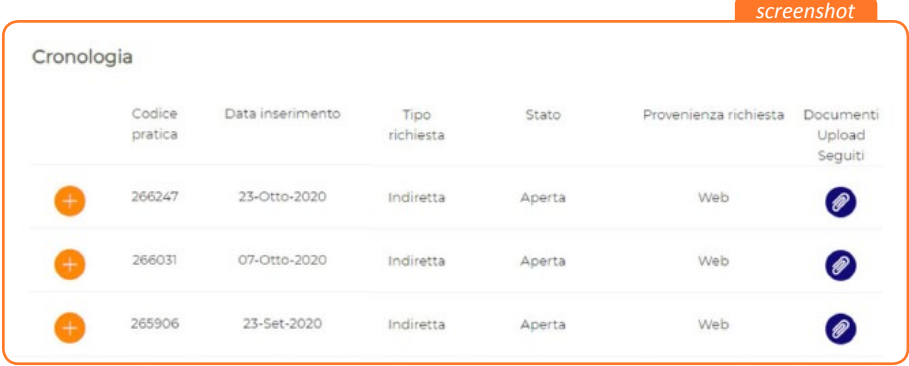
Gestione e integrazione pratiche di rimborso fino al 31.12.2020







Si precisa che questa funzione è abilitata solo per coloro che sono assistiti Assidai prima del 2021.

Per la consultazione ed eventuale integrazione delle **pratiche di rimborso inserite fino al 31.12.2020 per i soli assistiti iscritti ad Assidai prima di tale data**, è necessario cliccare sulla voce del menù a sinistra - presente sulla propria area riservata - **Elenco Pratiche Ante 2021**



Una volta cliccato sulla voce **Elenco Pratiche Ante 2021**, si visualizza una schermata dove è possibile consultare ed eventualmente integrare le pratiche di rimborso spese mediche **inserite fino al 31.12.2020**.



	Codice pratica	Data inserimento	Tipo richiesta	Stato	Provenienza richiesta	Documenti Upload Seguiti
	266247	23-Otto-2020	Indiretta	Aperta	Web	
	266031	07-Otto-2020	Indiretta	Aperta	Web	
	265906	23-Set-2020	Indiretta	Aperta	Web	

2. Associazioni Territoriali Federmanager

Le Associazioni Territoriali Federmanager (ATF), presenti su tutto il territorio nazionale, attraverso personale dedicato e formato, erogano un servizio di consulenza e informazione a favore degli iscritti Assidai.

In particolare, gli assistiti possono fornire apposita delega alle Associazioni Territoriali Federmanager che, in questo modo, sono autorizzate a:

- trasmettere online le domande di rimborso dell'iscritto e dei suoi familiari;
- verificare lo stato di avanzamento delle richieste di rimborso inserite;
- inoltrare ulteriore documentazione necessaria per la corretta istruzione ed evasione delle pratiche sospese;
- chiedere eventuali revisioni o rivalutazioni di pratiche già gestite.

E non solo, le Associazioni Territoriali Federmanager possono:

- fornire ogni informazione necessaria su Assidai;
- verificare la situazione anagrafica degli iscritti capo nucleo e dei familiari assistiti;
- verificare la regolarità contributiva;
- effettuare ogni variazione direttamente all'interno della sezione anagrafica degli iscritti;
- interagire con Assidai e risolvere nell'immediato eventuali questioni, grazie all'utilizzo di un canale prioritario loro riservato.



Note generali

Come indicato nel Regolamento Assidai - all'art.9 sub.1 Sub 1 - Prestazioni medico sanitarie, comma 1: "Per l'erogazione delle prestazioni previste all'articolo 4 punto a) dello Statuto, Assidai ha stipulato apposite polizze assicurative che prevedono **il rimborso delle spese sostenute dall'iscritto e dai familiari assistibili, anche all'estero, a seguito di malattia e/o infortunio; le prestazioni sono quelle previste e regolate dagli specifici Piani Sanitari approvati dal Consiglio di Amministrazione, con i relativi limiti e massimali di rimborso.** I suddetti limiti e massimali si riferiscono anche alle spese dell'anno successivo, nel caso in cui dette spese riguardino un evento dell'anno precedente, e non vi sia stata interruzione clinica.

Si ricorda che, ai sensi del Regolamento Assidai - art. 9- sub1, comma 6, **la documentazione di spesa deve essere inviata in copia semplice e deve essere corredata da:**

- a. copia della documentazione attestante l'entità dei rimborsi ricevuti dal Fasi, dal Servizio Sanitario Nazionale o da altre forme di assistenza primarie analoghe, nonché da polizze assicurative;
- b. copia della certificazione medica (se in lingua estera, con relativa traduzione) attestante la diagnosi della patologia certa o presunta per la quale si richiede la prestazione, e la data di prima manifestazione della patologia stessa;
- c. in caso di ricovero, copia della cartella clinica (se in lingua estera, con relativa traduzione) completa di anamnesi;
- d. in caso di cure dentarie ed ortodontiche, dettaglio delle prestazioni sostenute.



In ottemperanza al combinato disposto dell'articolo 13 del DPR n. 642/72 e della recente legge 71/13 di conversione del DI 43/13, ogni esemplare di fattura, nota, ricevuta, quietanza o simili documenti non soggetti ad IVA, rilasciati per un importo pari o superiore ad € 77,48 dovranno essere assoggettati ad imposta di bollo, nella misura attualmente fissata in € 2,00. **Pertanto, l'iscritto dovrà inviare ad Assidai le fotocopie dei documenti di spesa da cui si evinca che il bollo è stato correttamente apposto sull'originale.**

Specifiche tecniche

- In caso di **decesso del capo nucleo**, è necessario indicare il codice IBAN dell'erede e allegare, oltre al certificato di morte, anche l'atto sostitutivo di notorietà (ovvero il testamento pubblicato); qualora vi siano più eredi, la delega di questi a favore di uno solo per l'accredito di quanto dovuto e la fotocopia di un documento d'identità degli eredi deleganti. Nel caso vi sia un beneficiario minore, copia del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi gli esercenti la potestà genitoriale alla riscossione delle quote spettanti al minore. Inviare tutti i documenti tramite l'area riservata, qualora un erede vi abbia accesso perché parte del nucleo familiare dell'iscritto deceduto, via posta all'indirizzo Assidai - Via Ravenna 14 - 00161 Roma oppure tramite Fax 06 44252612, 06 92958406.
- Qualora la **richiesta di prestazione** riguardi **spese relative a eventi per i quali si possa configurare la responsabilità civile di terzi**, il rimborso è subordinato al rilascio, da parte dell'iscritto, di una dichiarazione nella quale egli s'impegni a perseguire il responsabile e a versare ad Assidai, sino a concorrenza della prestazione ricevuta, gli importi versati dal/dai responsabile/i e/o loro assicuratori, qualsiasi sia il titolo del versamento (art. 10 del Regolamento).
- In caso di **ricovero o day hospital** dovrà essere inviata copia della cartella clinica completa (in lingua italiana). Tale documentazione dovrà essere presentata anche qualora si ricorra al SSN e si chiedi, per i soli Piani Sanitari che lo prevedano, il rimborso di una **diaria sostitutiva**, erogabile in assenza o in alternativa alla richiesta di rimborso delle spese mediche (comprese fisioterapia, ambulanza, spese di trasporto e spese per l'accompagnatore).
- La **cartella clinica** dovrà sempre essere completa di atto operatorio e diario clinico. In caso di intervento chirurgico saranno rimborsati i soli onorari medici dei professionisti che risultano aver partecipato all'intervento e quindi espressamente indicati nell'atto operatorio. In caso contrario, sarà necessario procedere con una rettifica ufficiale della stessa da parte della Direzione Sanitaria.



- Si ricorda, inoltre, che tutti i Piani Sanitari Assidai prevedono un limite giornaliero per la **retta di degenza** e quindi, ai fini del rimborso, la fattura dovrà riportare la quota di spesa giornaliera relativa a tale voce. In assenza di indicazioni, sarà cura dell'Ufficio Liquidazione chiedere all'iscritto "lo scorporo dell'importo relativo alla retta di degenza".
- Si ricorda che qualora il **ricovero si protragga oltre i 90 giorni**, per gli **iscritti a Piani Sanitari Integrativi**, Assidai provvederà a integrare il rimborso delle spese afferenti la retta di degenza seguendo il criterio liquidativo del Fasi o del fondo di appartenenza e che comunque la quota massima ammessa a rimborso sarà pari alla retta di degenza giornaliera prevista per i ricoveri per forme morbose e croniche; per gli **iscritti a Piani Sanitari sostitutivi a partire dal 91° giorno**, sarà riconosciuto lo stesso importo previsto per i ricoveri dovuti a forme morose croniche.
- In caso di ricovero per **day hospital oncologico**, in alternativa alla cartella clinica, sarà sufficiente presentare la lettera di dimissioni dettagliata (e/o il diario clinico per i day hospital ripetuti nel tempo). Per gli iscritti ai Piani Sanitari Sostitutivi, al fine dell'applicazione di un'unica franchigia per i day hospital oncologici che si riferiscono ad un unico ciclo, è necessario inviare tutte le fatture di spesa in un'unica soluzione, allegando certificazione medica rilasciata dallo specialista oncologo in cui sia indicata la terapia seguita, nonché il numero di sedute terapeutiche previste da ogni protocollo di cura.
- In caso di **trasporto in ambulanza**: le spese sono rimborsate solo in caso di ricovero effettivo o presunto e cioè anche se, all'arrivo presso l'istituto di cura, non si riscontri la necessità del ricovero; ai fini del rimborso è necessario allegare copia della cartella clinica o certificazione rilasciata dal Pronto Soccorso. **Nessun rimborso è previsto quando l'ambulanza viene utilizzata per effettuare prestazioni extraospedaliere o ambulatoriali.**
- **Accertamenti pre e post ricovero**: purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero, tali spese dovranno preferibilmente essere presentate contestualmente a quelle del ricovero. Nel caso in cui ciò non sia possibile, l'iscritto dovrà indicare l'istituto di cura presso cui è avvenuto il ricovero e la data dello stesso ovvero l'indicazione specifica se il ricovero è stato "effettuato in convenzione diretta".
- **Ricoveri per forme morbose e croniche**: per ottenere il rimborso, l'iscritto dovrà presentare oltre alle fatture di spesa, copia del dettaglio di liquidazione del Fasi o altro fondo primario (per i Piani Sanitari Integrativi), copia della cartella clinica o, in alternativa, una dichiarazione circostanziata della struttura in cui sia certificata la degenza. In caso di ricovero di durata annuale, tale certificazione dovrà essere presentata in allegato alla prima richiesta e sarà valevole per l'annualità in corso fino al 31. 12. In nessun caso, comunque, potrà essere presa in considerazione un'autocertificazione dell'iscritto.
- **Interventi ambulatoriali**: è obbligatorio allegare certificazione medica esplicativa o breve relazione descrittiva dell'intervento sostenuto, corredata da diagnosi che specifichi la motivazione funzionale, nonché la necessità dell'intervento stesso. Nel caso di **visite specialistiche, prestazioni extra-ospedaliere** e **accertamenti diagnostici** dovrà essere allegata **certificazione medica** (in lingua italiana) rilasciata dal medico di base o in "alternativa" dallo specialista (su propria carta intestata), **con l'indicazione della patologia certa o presunta che ha reso necessario l'accertamento.**

➤ **Visite specialistiche rimborsate con il meccanismo della franchigia numerica:**

- ❏ Il rimborso delle visite specialistiche avverrà solo dopo il superamento della franchigia numerica prevista in ciascun Piano Sanitario; all'abbattimento della stessa concorreranno le prime fatture che, in ordine cronologico, perverranno all'ufficio competente, prescindendo dunque dalla data riportata sul documento di spesa. Viceversa, qualora l'iscritto invii più fatture relative a visite specialistiche in unica soluzione queste ultime saranno lavorate rispettando la cronologia riportata sul documento di spesa. Nel caso, infine, in cui l'iscritto, per lo svolgimento della prestazione specialistica, paghi solo la quota ticket o ne sia esente, al fine del computo della franchigia, dovrà comunque fornire copia del documento valido a fini fiscali.
- ❏ Non concorrono al calcolo della franchigia le visite non rimborsabili (pediatriche, ortodontiche, dentarie e oculistiche per controllo del visus, le visite specialistiche psichiatriche dovute a forme di malattie mentali e tutte le forme di nevrosi, psicoterapia e psicoanalisi), né le visite specialistiche rimborsate ad altro titolo (visite preventive ginecologica e/o urologica, visite nei 90 giorni precedenti e/o successivi al ricovero e visite autorizzate e rimborsate in forma diretta).
- ❏ Si rammenta, inoltre, che Assidai rimborsa (per i Piani Sanitari che lo prevedano) esclusivamente le visite effettuate da medico specialista, pertanto, sulle fatture deve essere riportato il timbro del professionista con l'indicazione della specializzazione che deve essere attinente alla patologia riscontrata.
- ❏ In caso di erogazione in forma diretta delle visite specialistiche non si applica la franchigia numerica per i Piani Sanitari che la prevedano, fermo restando i limiti, gli scoperti e i massimali previsti dal piano sanitario di appartenenza.
- ❏ Nel caso in cui in una stessa fattura siano riportate più prestazioni, al fine di consentire una corretta liquidazione, è necessario che per ogni singola prestazione sia indicato il relativo importo di spesa o comunque sia fornito lo scorporo dei costi.



👉 Cure dentarie e parodontarie:

- 📄 Le cure dentarie ed ortodontiche, se previste dal Piano Sanitario di appartenenza, saranno rimborsate solo allegando alla richiesta di prestazioni una scheda dettagliata relativa al tipo di cura effettuata (es. scheda anamnestica/diagnostica relativa alle cure odontoiatriche sostenute - piano di cure per gli iscritti Fasi - oppure certificazione che attesti in dettaglio le prestazioni effettuate).
- 📄 Nel caso in cui le prestazioni effettuate si riferiscano a lavori eseguiti a cavallo di due o più annualità, sarà necessario che l'iscritto allegghi, alla richiesta di rimborso, certificazione in cui siano indicate le prestazioni eseguite in ogni anno ed i relativi costi di ciascuna prestazione.
- 📄 Per gli iscritti ai Piani Sanitari Integrativi, nel caso in cui le prestazioni non siano ammesse al rimborso da parte del Fasi per superati limiti (temporali o perché non ripetibili), Assidai provvederà alla liquidazione di propria competenza nella misura pari alla differenza tra quanto speso e quanto avrebbe rimborsato detto fondo. Si ricorda che la documentazione inerente al ciclo di cure per l'intera annualità andrà inviata ad Assidai in un'unica soluzione a fine anno.

- 👉 **Lenti correttive:** per i soli Piani Sanitari che prevedono il rimborso di tale prestazione, è sempre necessario presentare certificazione medica attestante il "cambio visus" o la "prima prescrizione", rilasciata da medico specialista o ottico optometrista regolarmente abilitato.

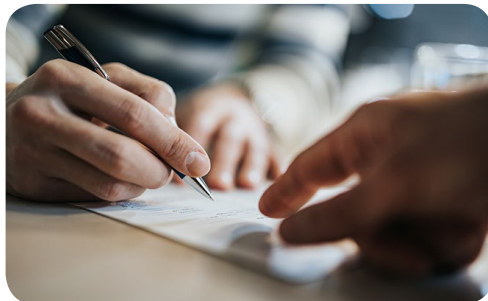
Prestazioni relative alla non autosufficienza - Long Term Care (LTC)

Tutti i Piani Sanitari Assidai includono la copertura per la non autosufficienza.

Per conoscere nel dettaglio le prestazioni garantite consultare la documentazione sempre disponibile nella propria **area riservata**. Per chiedere l'eventuale attivazione, è possibile contattare il Customer Care Assidai al numero 06 44070600.



Grazie all'accordo di collaborazione instaurato da Assidai con Fasi e IWS - Industria Welfare Salute (la società partecipata da Federmanager, Confindustria e Fasi), **gli iscritti Assidai hanno a disposizione un network unico di strutture sanitarie** al quale potersi rivolgere, **che garantisce l'accesso a strutture sanitarie di eccellenza sia sotto il profilo dell'offerta sanitaria sia sotto il profilo della presenza su tutto il territorio nazionale.** Ricorrere al network sanitario convenzionato è sempre vantaggioso in quanto consente di usufruire di prestazioni sanitarie a costi calmierati e permette, inoltre, di saldare la sola eventuale eccedenza, senza dover anticipare l'intero importo. Inoltre, vi è un impegno costante nell'individuazione di nuove strutture da convenzionare su tutto il territorio nazionale per rispondere sempre più efficacemente alle esigenze degli iscritti.



Importante novità per tutti gli iscritti

NESSUNA PRE-ATTIVAZIONE DEI CONVENZIONAMENTI DIRETTI

Le procedure di attivazione della forma diretta presso le strutture convenzionate sono diventate molto più semplici e immediate. Infatti, **non è più necessario fare nulla in termini di pre-attivazione!**

Quindi, oltre ad un network unico per tutti gli iscritti sia Fasi/Assidai che solo Assidai, anche la procedura di attivazione dei convenzionamenti diretti diventa uguale per tutti gli iscritti.

Convenzionamenti diretti: istruzioni per l'uso

Questi gli **step da seguire** per poter usufruire di una prestazione in forma diretta:

- **individuare la struttura sanitaria convenzionata**
- **fissare l'appuntamento**
- **comunicare la propria iscrizione Fasi-Assidai o Assidai**
- **recarsi in struttura ed eseguire la prestazione.**

Una volta arrivati presso la struttura sanitaria è **fondamentale comunicare di essere assistiti Fasi/Assidai o solo Assidai così da consentire alla struttura sanitaria** - attraverso apposite procedure informatiche - **di effettuare tutte le verifiche amministrative e stabilire l'ammissibilità della prestazione**, secondo la certificazione medica presentata e il Piano Sanitario di appartenenza. A seguito dell'erogazione della prestazione, la struttura convenzionata richiederà di **firmare il modulo di autorizzazione al convenzionamento diretto.**

NESSUNA PRE-ATTIVAZIONE DEI CONVENZIONAMENTI DIRETTI

Dal 1° gennaio 2021 le **procedure** di attivazione del convenzionamento diretto presso le strutture sanitarie convenzionate sono **ancora più semplici: non occorre effettuare, infatti, alcun passaggio di pre-attivazione.**

1- INDIVIDUA LA STRUTTURA CONVENZIONATA

vai su www.assidai.it/strutture-convenzionate/ricerca-strutture consulta la mappa e trova la struttura che fa per te. La nuova mappa è ottimizzata per i dispositivi mobile, per rendere la ricerca ancora più semplice, in qualunque momento e in qualunque luogo

2- CONTATTA LA STRUTTURA E FISSA L'APPUNTAMENTO

3- VAI ALL'APPUNTAMENTO

Comunica che sei assistito Fasi/Assidai o solo Assidai

5- PROCEDI CON LA GESTIONE DIRETTA

Sarà onere della struttura effettuare tutte le verifiche amministrative e fornire le opportune indicazioni per procedere con la gestione diretta

4- EFFETTUA LA PRESTAZIONE



Ecco come consultare le strutture convenzionate in tutta Italia - aggiornate in tempo reale:

- visitare il sito www.assidai.it - area strutture convenzionate;
- visitare il portale www.industriawelfarealute.it - area convenzioni
- accedere alla propria **area riservata** - prestazioni/ricerca ente sanitario.
- contattare il **Customer Care Assidai al numero 0644070600.**

Nota bene

- La reale entità del rimborso da parte di Fasi e di Assidai viene valutata
 - ⊗ solo a seguito del perfezionamento della prestazione sanitaria effettuata;
 - ⊗ successivamente alla completa valutazione della documentazione medica.

Si precisa che saranno considerate le eventuali esclusioni e limitazioni previste dal Regolamento Assidai all'art.9 e all'art.10.

- Qualora si evidenzi l'impossibilità di effettuare la prestazione in convenzionamento diretto, gli iscritti sono tenuti a saldare direttamente alla struttura convenzionata gli importi riguardanti le prestazioni eseguite, ferma restando la possibilità di adire al Fondo per ottenere la valutazione sull'indennizzabilità del sinistro, seguendo la procedura di rimborso in forma indiretta. Ad esempio: prestazione effettuabile secondo il proprio Piano Sanitario ma non in convenzione presso la struttura sanitaria prescelta oppure medico/equipe non convenzionato.

Iscritti ai Piani Sanitari Integrativi aventi Fondi primari diversi dal Fasi

Per tali iscritti la possibilità di usufruire dei convenzionamenti diretti, ove possibile, è normata all'interno degli accordi specifici sottoscritti con Assidai. Qualora non vi sia alcuna specifica in merito, non è possibile attivare i convenzionamenti diretti.

Procedere con l'aggiornamento delle informazioni anagrafiche, in caso di variazioni, è essenziale al fine di garantire la corretta evasione delle richieste di rimborso.

Si ricorda che è sempre obbligatoria la comunicazione delle seguenti informazioni afferenti al capo nucleo e ai componenti del nucleo familiare assistiti da Assidai:

- **nome e cognome, codice fiscale, data e luogo di nascita;**
- per il **capo nucleo** sono, inoltre, necessari il **numero di cellulare** e l'**indirizzo e-mail**.
- il **codice IBAN del capo nucleo**, che è utilizzato anche nel caso di rimborso di prestazioni riguardanti i familiari ancora inseriti nel nucleo dell'iscritto principale (ovvero, coniuge, convivente more uxorio, figli di età inferiore ai 26 anni o invalidi). **Gli iscritti ai Piani Sanitari Familiari sono considerati a tutti gli effetti capo nucleo** ed è, quindi, indispensabile che il Fondo disponga, per il buon esito degli accrediti, **delle coordinate bancarie personali o di un conto corrente a loro cointestato**; qualora l'iscritto al Piano Sanitario Familiari non sia titolare di un proprio conto corrente, è possibile allegare una delega, con copia del documento, con la quale si autorizza la liquidazione sulle coordinate bancarie intestate a terzi e copia del documento di identità.

Importante

In assenza delle informazioni di cui sopra non è possibile procedere all'erogazione del rimborso delle prestazioni richieste.

- L'aggiornamento delle informazioni anagrafiche può essere effettuato accedendo alla propria area riservata o contattando il **Customer Care Assidai** al numero **06 44070600**.



In caso di impossibilità alla trasmissione delle pratiche di richieste di rimborso online accedendo alla propria area riservata, al portale IWS o recandosi presso l'Associazione Territoriale di riferimento è possibile richiedere il modulo di rimborso al Customer Care Assidai al numero **06 44070600** e spedirlo - insieme a tutto quanto indicato al punto 3. **DOCUMENTAZIONE NECESSARIA AI FINI DELLA CORRETTA EVASIONE DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO** - al seguente indirizzo: **Assidai, Via Ravenna 14, 00161 Roma**.

IMPORTANTE

Per tutti gli iscritti Assidai: per richiedere il rimborso delle spese sostenute è necessario inviare tutti i documenti in copia semplice.

Per gli iscritti Assidai integrativi del Fasi o di altre forme di assistenza analoghe: oltre a tutti i documenti in copia semplice, è necessario inviare anche la copia del dettaglio di liquidazione del fondo primario.

Si raccomanda di conservare sempre l'originale o copia della documentazione trasmessa ad Assidai, per eventuali utilizzi, con particolare riferimento a quelli fiscali; non potranno, infatti, essere soddisfatte eventuali richieste di fotocopiatura dei documenti di spesa inoltrati. Qualora l'iscritto, per mero errore, invii al Fondo la documentazione in originale, Assidai provvederà a trasmettere alle Compagnie di Assicurazione gli originali di spesa ricevuti, che verranno dalle stesse conservati agli atti. Il Fondo s'impegna a richiedere la loro restituzione alle Compagnie di Assicurazione solo su domanda dell'iscritto, qualora tali documenti dovessero essere richiesti da parte degli uffici Finanziari in sede di accertamento fiscale.

Ai fini del rimborso delle prestazioni medico-sanitarie, si evidenzia di seguito cosa si intenda con le specifiche terminologie.

Assistenza infermieristica: l'assistenza prestata da personale specializzato e iscritto ad apposito albo.

Atto notorio: atto pubblico con il quale una persona rende una dichiarazione, in presenza di più testimoni o di altri deponenti, attorno a uno o più fatti giuridici notoriamente conosciuti da tali persone certificando dunque stati, qualità personali e fatti (come la morte, la nascita, la sussistenza di un testamento ecc.). Può essere richiesto o presso il tribunale, quindi dal cancelliere, o da un notaio. Se l'atto di notorietà concerne stati, qualità personali o fatti che sono a diretta conoscenza dell'interessato, lo stesso è sostituito dalla cd. dichiarazione sostitutiva di atto notorio, resa e sottoscritta dall'interessato stesso e, quindi, più celere ed economica che va autenticata solo se usata nei rapporti con privati. Va redatta su carta semplice o sui modelli già prestampati messi a disposizione dalla Pubblica amministrazione o dai gestori di pubblici servizi, e va sottoscritta davanti al funzionario competente a riceverla.

Carenza: periodo durante il quale le garanzie previste dallo specifico piano sanitario non sono efficaci. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo, non viene corrisposta la prestazione prevista dal piano sanitario.

Cartella clinica: documento ufficiale avente natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi d'ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici, esami e diario clinico, la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

Centro Medico: struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratori o utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria.

Convalescenza: il periodo successivo alle dimissioni dall'istituto di cura che comporti un'inabilità temporanea totale e una conseguente degenza domiciliare.

Day hospital: degenza diurna senza pernottamento in istituto di cura, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche di durata limitata e documentate da cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). Non è considerato day hospital la permanenza in istituto di cura presso il Pronto Soccorso.

Evento/Data evento:

- **Prestazione ospedaliera:** il singolo ricovero, anche in day hospital, o il singolo intervento chirurgico (anche per più patologie); **data evento:** data in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio.
- **Prestazione extraospedaliera:** tutti gli accertamenti, visite ed esami riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente; **data evento:** la data evento è quella di prima prestazione sanitaria erogata, relativa allo specifico evento.

Diaria surrogatoria: indennizzo forfettario giornaliero riconosciuto, in caso di ricovero, che non comporti il rimborso di spese sanitarie. L'indennità sostitutiva non si applica in caso di permanenza nei locali del pronto soccorso/astanteria, qualora ad essa non consegua il ricovero nella medesima struttura sanitaria.

Franchigia: la parte delle spese sostenute, determinata in maniera fissa, che rimane a carico dell'assistito. Se non diversamente indicato si applica per evento.

Esempio

Spese mediche sostenute:	€	5.000
Franchigia:	€	500
Spese indennizzabili:	€	4.500

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna, che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche, obiettivamente constatabili e documentabili.

Intervento chirurgico: atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Intervento chirurgico ambulatoriale: l'intervento di chirurgia, effettuato senza degenza, anche comportante suture, diatermocoagulazioni, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia.

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate, individualmente o in equipe, da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital o ricovero, per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria. Le suddette prestazioni libere - professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede), che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

Istituto di Cura: ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera in regime di ricovero ordinario o diurno. Non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, nonché le colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche e le residenze sanitarie assistenziali (RSA).

Lungodegenza: ricovero prolungato in istituto di cura in cui le condizioni fisiche dell'assistito siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza è resa necessaria da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute, non dipendente da infortunio. **La gravidanza non è considerata malattia.**

Manifestazione della malattia: momento in cui la forma morbosa è accertata e diagnosticata per la prima volta, come da documentazione medica che deve essere allegata alla richiesta di prestazione.

Massimale per nucleo familiare: la spesa massima rimborsabile fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno di copertura, il Fondo eroga le prestazioni. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per nucleo familiare.

Esempio

Massimale:	€ 5.000
Spese mediche sostenute:	€ 7.000
Spese rimborsabili:	€ 5.000

Medicina Alternativa o Complementare: le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura; fitoterapia; medicina ayurvedica; medicina antroposofica; medicina omeopatica; medicina tradizionale cinese; omeotossicologia; osteopatia; chiropratica.

Network - rete di strutture convenzionate in forma diretta: ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatrici, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta. L'elenco delle strutture è consultabile sulla propria area riservata o sul sito www.assidai.it.

Nucleo Familiare: l'iscritto principale, compresi i seguenti familiari, purché risultanti dallo stato di famiglia:

- il coniuge o, in alternativa, il convivente more uxorio previa certificazione da parte dell'iscritto principale;
- il coniuge superstite (che diviene titolare dell'iscrizione) in caso di specifica autorizzazione da parte del Fondo;

- i figli (fino al compimento del 26° anno d'età ancorché in affidamento);
- i figli invalidi (per invalidità superiore ai due terzi della loro capacità specifica, o qualora non abbiano mai lavorato, superiore al 50% della capacità lavorativa genetica).

Provvedimento del giudice tutelare per il minore: provvedimento richiesto dal genitore esercente la potestà in presenza di figli minori nel nucleo, titolari a riscuotere somme spettanti al genitore deceduto.

Regime diretto di rimborso o di assistenza diretta: regime che presuppone l'attivazione della procedura di convenzionamento diretto per il godimento della prestazione sanitaria e che comporta il pagamento della stessa da parte del Fondo/Compagnia direttamente alle strutture e ai medici convenzionati, secondo i limiti e i massimali previsti dal Piano Sanitario di appartenenza e salvo eventuali franchigie e/o scoperti a carico degli assistiti.

Regime indiretto di rimborso o di assistenza indiretta: regime che presuppone il rimborso della spesa sanitaria direttamente agli assistiti, nei limiti prestabiliti dal Piano Sanitario di appartenenza e mediante presentazione della documentazione come indicato dall'art. 9 del Regolamento Assidai.

Residenza Sanitaria Assistita (RSA): struttura extra-ospedaliera per soggetti parzialmente o totalmente non autosufficienti, non assistibili a domicilio, che necessitano di trattamenti continui, finalizzata all'erogazione di prestazioni sanitarie e assistenziali.

Ricovero ospedaliero: degenza in istituto di cura o ospedale che comporti almeno un pernottamento, documentato da cartella clinica e da scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

Ricovero d'urgenza: la procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in network senza rispettare il preavviso dei giorni lavorativi indicati, 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.

Rimborso/Indennizzo: il contributo dovuto in caso di sinistro.

Scoperto: la parte di spese sostenute, determinata in percentuale, che rimane a carico dell'assistito. Se non diversamente indicato si applica per evento.

Esempio

Spese mediche sostenute:	€ 4.000
Scoperto:	25%
Spese rimborsabili:	€ 3.000
Quota a carico dell'iscritto:	€ 1.000

Stato di famiglia: certificato rilasciato dal proprio Comune in cui vengono elencati i membri della famiglia anagrafica. Nello stato di famiglia sono inclusi tutti gli inquilini che vivono presso lo stesso indirizzo di residenza, talvolta più di una famiglia. Le informazioni contenute nello stato di famiglia sono autocertificabili (autocertificazione dello stato di famiglia) e si attesta sotto la propria responsabilità l'entità della famiglia e i suoi componenti.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, prescritte da medico specialista e svolte all'interno di un centro specializzato o eseguito da persone iscritte al relativo Albo delle figure professionali riconosciute dagli elenchi delle Arti e Professioni Sanitarie.

Visita specialistica: la prestazione sanitaria effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale; non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria, salvo quanto diversamente previsto negli specifici Piani Sanitari.