

**PROGRAMMA DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA  
(DIRIGENTI ISCRITTI AL FASI O AD ANALOGO FONDO DI ASSISTENZA)**

**PROCEDURE OPERATIVE PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO**

Per tutte le prestazioni previste dal presente programma di assistenza sanitaria integrativa, la Società **non ammette a indennizzo richieste di rimborso per importi complessivamente inferiori a Euro 25,00**. Tale importo può essere raggiunto cumulando, nel corso dell'anno di copertura, più richieste relative ad un medesimo nucleo familiare.

L'iscritto, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire alla visita dei medici della Società e a qualsiasi indagine o accertamenti questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'iscritto stesso.

Qualora la garanzia operi ad integrazione del Fondo di Assistenza gli iscritti devono allegare all'apposito modulo di richiesta rimborso le fotocopie dei documenti di spesa unitamente al documento comprovante il rimborso effettuato dal Fondo di Assistenza, senza obbligo di preventiva denuncia.

Si precisa, inoltre, che non occorre produrre la documentazione necessaria ad individuare l'alterazione dello stato di salute, salvo l'obbligo di presentazione di una copia della cartella clinica in caso di ricovero.

Nei soli casi di ricovero, qualora l'iscritto si rivolga a Strutture convenzionate con il FASI e le stesse Strutture risultino essere convenzionate anche con Blue Assistance, l'iscritto potrà chiedere che Blue Assistance effettui il pagamento diretto alla Struttura convenzionata dell'integrazione di spesa che avrebbe comunque rimborsato e pertanto non dovrà anticipare alcuna spesa se non quelle non rimborsabili a termini del presente contratto, che rimarranno a suo carico.

Si precisa che per usufruire del convenzionamento diretto è necessario che siano convenzionati con Blue Assistance sia la Struttura sanitaria sia l'equipe medica.

Prima di accedere alla struttura sanitaria l'iscritto deve sempre telefonare a *Blue Assistance* ai seguenti numeri telefonici:

- ◆ dall'Italia : Numero Verde 800 - 092.092
- ◆ dall'estero : Prefisso internazionale +39 - 011 - 742.5555

Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale - al fine di ottenere la prestazione - che l'iscritto acceda agli *operatori sanitari* esclusivamente per il tramite di *Blue Assistance*, in mancanza del quale il servizio non è operante.

*Blue Assistance* è a disposizione degli *Iscritti*:

- ◆ dalle ore 8 alle ore 18 dei giorni feriali e dalle ore 8 alle ore 12 del sabato, per la prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità;
- ◆ 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

Qualora la garanzia non operi ad integrazione del Fondo di Assistenza gli iscritti devono allegare all'apposito modulo di richiesta rimborso i documenti di spesa unitamente al certificato medico attestante la stato di malattia e/o infortunio. Il suddetto certificato medico non deve essere presentato nel caso di singola visita medica, purché non si tratti di visita dietologica nel qual caso occorre la diagnosi di malattia.

E' comunque richiesta la prescrizione medica attestante la diagnosi per gli accertamenti diagnostici e strumentali.

In caso di mancato rimborso da parte del Fondo di Assistenza, oltre ai documenti di spesa e alla documentazione medica sopra descritta, deve essere inviata anche la lettera del Fondo di Assistenza attestante il mancato rimborso.

Per i ricoveri, la richiesta di rimborso deve essere corredata da una copia conforme della cartella clinica.

La trasmissione della denuncia e della necessaria documentazione medica e di spesa può avvenire anche per via telematica con scansione degli stessi documenti.

Per le cure con o senza ricovero praticate all'estero, in paesi ove non è consuetudine rilasciare copia della cartella clinica, si consiglia di prendere preventivi accordi con le case di cura affinché venga rilasciata una documentazione valida per il rimborso. In ogni caso la documentazione rilasciata deve essere corredata da traduzione in lingua italiana.

I documenti comprovanti le spese sostenute devono essere conformi alle norme fiscali vigenti nei paesi dove essi sono stati rilasciati.

In particolare:

- le fatture e/o parcelle devono riferirsi a prestazioni fornite in un solo anno di copertura. Quindi nel caso di fatture a cavallo di due anni, è necessario esibire documenti di spesa separati;
- le fatture e/o parcelle devono contenere la ragione sociale della ditta o il nominativo del professionista che le ha rilasciate; e se trattasi di parcella per visita medica specialistica, anche il titolo di specializzazione del medico;
- per la giusta attribuzione dei rimborsi ai massimali di competenza, saranno prese in considerazione le date di compilazione dei documenti di spesa presentati anche se le prestazioni descritte in tali documenti sono riferite all'anno precedente.

I rimborsi verranno effettuati dalla Società direttamente ai Dirigenti dell'Azienda, anche per i familiari, entro 30 giorni dalla presentazione della documentazione completa.

I pagamenti potranno essere effettuati:

- con assegno intestato al dipendente e inviato al suo domicilio;
- con accredito sul conto corrente bancario indicato dal dipendente e con notifica al suo domicilio.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana, al cambio medio, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi, della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'interessato.

I documenti originali di spesa con evidenziato l'importo rimborsato verranno restituiti agli interessati ad ogni liquidazione.