

Gentile ,

conformemente al percorso di innovazione intrapreso nell'ultimo biennio, Assidai ha deciso, per il 2012, di non trasmettere in formato cartaceo l'usuale plico di spedizione di fine anno, ma di mettere a disposizione tutto il materiale nell'area riservata "PER LA PERSONA" del nostro sito [www.assidai.it](http://www.assidai.it), alla quale potrà accedere attraverso il codice d'iscrizione Assidai e la password già in Suo possesso, tramite il seguente link: [Area Riservata](#).

La decisione è frutto dell'oramai consolidata convinzione che il colloquio, attraverso lo strumento informatico, tra iscritti in servizio e Fondo, sia più agevole e veloce con conseguenti risparmi in ordine alla produzione di materiale cartaceo e costi postali.

Nell'area riservata a Lei dedicata, quindi, potrà trovare, oltre alla lettera del Presidente Lorena Capoccia, nella quale sono riepilogate le principali attività svolte da Assidai nel corso del 2011, i seguenti documenti:

- dettaglio del piano sanitario prescelto con indicazione delle prestazioni medico sanitarie;
- scheda sintetica del piano sanitario stesso e della garanzia "second opinion";
- dettaglio delle prestazioni socio sanitarie relative alla autosufficienza;
- vademecum per la richiesta delle prestazioni e per l'attivazione dei convenzionamenti diretti;
- modulo di richiesta prestazioni e relative istruzioni operative per la compilazione;
- modulo di variazione delle informazioni anagrafiche;
- modulo di iscrizione al piano sanitario "Familiari";
- numeri telefonici utili da ricordare.

**Novità rilevanti:**

|  |   |
|--|---|
| <b>Nuovo indirizzo per la trasmissione delle richieste di rimborso spese mediche</b> | <b>Dal 1° gennaio 2012 varierà l'indirizzo a cui trasmettere le richieste di rimborso delle spese mediche come segue:</b><br>ASSIDAI c/o<br>AON HEWITT RISK &<br>CONSULTING SRL<br>Via Cristoforo Colombo, 149<br>00147 Roma<br>Fax: 06.77.400.444  |
| <b>Scheda piano sanitario</b>  | Quest'anno abbiamo ritenuto opportuno, per una più semplice e fruibile lettura del piano sanitario prescelto, inserire una scheda riassuntiva che costituisce una breve sintesi delle principali prestazioni garantite. La scheda, ha carattere puramente informativo e non esaustivo. Tutte le prestazioni e condizioni contrattuali sono riportate nel Piano Sanitario che è l'unico documento contrattuale, unitamente allo Statuto Assidai, a |

far fede.

**La invitiamo a voler porgere la massima attenzione al “Vademecum per la richiesta delle prestazioni e attivazione dei convenzionamenti diretti”. Leggendone attentamente il contenuto, si eviterà di incorrere in spiacevoli ritardi nell’iter liquidativo o, in caso di mancanza delle informazioni anagrafiche del capo nucleo e dei componenti del nucleo familiari, di blocchi dell’erogazione delle prestazioni.**

Riteniamo, inoltre, opportuno ricordarle i servizi on-line disponibili nella citata area a Lei riservata del nostro sito:

- verifica e variazione dei dati anagrafici propri e del proprio nucleo familiare;
- inserimento o modifica degli estremi bancari (IBAN) per l’accredito delle prestazioni;
- verifica della situazione contributiva;
- verifica dello stato di avanzamento delle richieste di rimborso;
- stampa di tutta la modulistica Assidai in forma personalizzata;
- “Comunica con Assidai”. Un utile servizio che consente di ricevere in tempi brevi risposte a quesiti riguardanti le iscrizioni o le prestazioni, rinnovato nella veste ed in grado di mantenere lo storico delle corrispondenze intercorse.

In caso di smarrimento della password, la stessa potrà essere richiesta direttamente on-line, oppure agli uffici del Fondo al numero **06 44 07 06 00** (dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00).

Ringraziando per l’attenzione, porgiamo i nostri migliori saluti.

Il Direttore  
Marco Rossetti

**\*\*Questo indirizzo di posta elettronica non è presidiato. Vi preghiamo, pertanto, di non rispondere alla presente e-mail.**



Prima di stampare questa comunicazione consideratene, per favore, l'impatto ambientale. Please consider the environment before printing this email.

*Il presente messaggio di posta elettronica è ad esclusivo utilizzo del destinatario in indirizzo e gli eventuali documenti allegati potrebbero avere carattere riservato e confidenziale. Nel caso in cui si riceva il messaggio per errore è assolutamente vietato usarlo, copiarlo o comunque divulgarlo; Vi preghiamo di distruggerlo e di contattarci immediatamente.*

*This communication is privileged and is intended solely for the use of addressee. If the reader of this message is not the intended recipient or an agent responsible for delivering it to the intended recipient, you are hereby notified that you have received this document in error and that any review, dissemination, distribution, or copying of this message is strictly prohibited. If you have received this message in error, please notify us immediately by e-mail, and delete the original message and any attachments.*



## ISTRUZIONI OPERATIVE

### COMPILAZIONE DEL MODULO DI RICHIESTA PRESTAZIONI

Per richiedere il rimborso delle spese mediche sostenute è sempre necessario compilare e firmare l'apposito modulo di richiesta prestazioni personalizzato con i dati anagrafici dell'iscritto ed il relativo numero di posizione ASSIDAI.

**Al sensi delle norme statutarie, sono rimborsabili solo le prestazioni espressamente riportate nelle singole opzioni.**

**Si prega, pertanto, di evitare l'invio di richieste per prestazioni non comprese nell'opzione prescelta.**

Si ricorda che il modulo deve essere compilato in ogni sua parte, indicando sempre:

1. la natura delle prestazioni cui si riferiscono le spese sostenute, riportandone la descrizione;
2. i dati delle ricevute di spesa di cui si richiede il rimborso;
3. il codice IBAN dell'iscritto principale (anche nel caso di prestazioni relative ai familiari ancora inseriti nel nucleo);
4. il codice IBAN dell'iscritto all'opzione familiare, considerato a tutti gli effetti capo nucleo;
5. il codice IBAN dell'erede nel caso in cui la richiesta di prestazioni sia relativa ad un iscritto deceduto. In questo caso è necessario allegare anche l'atto sostitutivo di notorietà (ovvero il testamento pubblicato); in caso di più eredi, la delega di questi a favore di uno solo per l'accredito di quanto dovuto e la fotocopia di un documento di identità degli eredi deleganti;
6. nel caso in cui la prestazione riguardi spese relative ad eventi per i quali si possa configurare la responsabilità di terzi, il rimborso è subordinato al rilascio, da parte dell'iscritto, di una dichiarazione nella quale egli si impegna a perseguire il responsabile e versare all'Assidai, sino a concorrenza della prestazione ricevuta, gli importi versati dai/dai responsabile/i e/o loro assicuratori, qualsiasi sia il titolo del versamento (Art 24 dello Statuto).

I moduli sono validi anche nel caso in cui l'iscritto abbia variato domicilio; in questo caso, è sufficiente comunicare la variazione aggiornando la propria anagrafica direttamente sul portale ([www.assidai.it](http://www.assidai.it)), e scaricare poi dal web i moduli aggiornati.

### DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA PRESTAZIONI

Gli iscritti (**dirigenti**) al Fasi o ad altro Fondo analogo devono sempre inviare:

- copia delle fatture/ricevute di spesa e dettaglio di liquidazione del Fasi o di altro Fondo;
- certificazione medica (in lingua italiana) indicante la patologia, accertata o presunta, che ha reso necessaria la prestazione sanitaria, cartella clinica completa (in lingua italiana) in caso di ricovero o day-hospital.

Gli iscritti (**dirigenti, quadri e consulenti**) che non hanno l'assistenza del Fasi o di altro Fondo analogo o che, pur avendola, per qualunque motivo non vi hanno fatto ricorso, devono inviare:

- originali delle fatture/ricevute di spesa;
- certificazione medica (in lingua italiana) indicante la patologia che ha reso necessaria la prestazione sanitaria, cartella clinica completa (in lingua italiana) in caso di ricovero o day-hospital.

**Si raccomanda sempre di mantenere copia della documentazione trasmessa al Fondo. Si ricorda che i documenti di spesa trasmessi al Fondo,**

**indispensabili per accedere ai previsti rimborsi, non verranno restituiti. E' necessario pertanto che prima della loro spedizione l'iscritto provveda a fotocopiare i documenti originali ed a conservarne copia per eventuali utilizzi, con particolare riferimento a quelli fiscali. Assidai non potrà soddisfare eventuali richieste di fotocopiatura dei documenti di spesa inoltrati. Assidai provvederà a trasmettere alle Compagnie di Assicurazione gli originali di spesa ricevuti che verranno dalle stesse conservati agli atti, dopo averli opportunamente utilizzati per i previsti rimborsi. Il Fondo si impegna a richiedere la loro restituzione alle Compagnie di Assicurazioni su richiesta dell'iscritto, qualora tali documenti dovessero essere richiesti da parte degli uffici Finanziari in sede di accertamento della dichiarazione dei redditi.**

### PROCEDURA DI RIMBORSO FASI/ASSIDAI

**(riservata ai soli iscritti alle opzioni integrative del Fasi)**

Si ricorda agli iscritti che per utilizzare tale procedura è necessario autorizzare il Fasi alla trasmissione del prospetto riepilogativo del rimborso (compilando la specifica sezione del modulo di richiesta prestazioni Fasi) ed allegare copia di detto modulo alla pratica Assidai (che deve essere completa di tutta la documentazione).

Si fa presente che il mancato espletamento di una sola delle suddette indicazioni non permetterà l'attivazione di tale procedura di rimborso. In questo caso sarà, quindi, necessario che l'iscritto trasmetta al nostro Fondo, una volta che lo avrà ricevuto, il prospetto di liquidazione Fasi.

### RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO E DAY HOSPITAL

Per i soli iscritti i cui Piani Sanitari lo prevedano, in assenza e/o in alternativa alla richiesta di rimborso delle spese mediche (comprese fisioterapia, ambulanze, spese di trasporto e spese per l'accompagnatore), è possibile richiedere l'erogazione di una **diaria sostitutiva**, previa presentazione della cartella clinica completa.

In caso di **Day Hospital** (ovvero di degenza in Istituto di Cura in esclusivo regime diurno), in fattura deve essere sempre riportata la spesa di degenza o l'indicazione "Day Hospital".

Le spese per il **trasporto in ambulanza** sono rimborsate solo in caso di ricovero effettivo o presunto (ovvero ancorché, all'arrivo all'Istituto stesso, non si riscontrino la necessità del ricovero); ai fini del rimborso delle spese 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 extra-ospedaliere o ambulatoriali.**

**Le spese per gli accertamenti pre e post ricovero devono essere indicate nella sezione del modulo riservata ai RICOVERI (anche se si tratta di visite specialistiche).** Inoltre, nel caso in cui la richiesta di rimborso per detti accertamenti venga presentata non contestualmente alla richiesta di rimborso per le spese inerenti il ricovero, nel modulo devono essere indicati altresì: la data del ricovero; l'Istituto di Cura utilizzato; data di spedizione/rimborso della richiesta di prestazioni per le spese del ricovero stesso (ovvero specificare se il ricovero è stato "effettuato in convenzione diretta").

In caso di ricoveri per **forme morbose croniche** è sufficiente che l'iscritto presenti, in alternativa alla presentazione della cartella clinica, esibire una dichiarazione circostanziata della Struttura in cui si certifica la degenza, oppure una relazione medica. In caso di ricovero di durata annuale, tale certificazione dovrà essere presentata in allegato alla prima richiesta e sarà valevole per tutto il periodo. In nessun caso potrà essere presa in considerazione un'autocertificazione dell'iscritto.

Per i soli iscritti i cui Piani Sanitari prevedano il rimborso delle lenti correttive è sempre necessario presentare certificazione medica attestante il "cambio visus" o "per la prima prescrizione".

### VISITE SPECIALISTICHE RIMBORSATE CON IL MECCANISMO DELLA FRANCHIGIA NUMERICA

1. Il rimborso delle visite specialistiche avverrà solo dopo il superamento della specifica franchigia prevista in ciascuna opzione; al fine del conteggio della stessa, l'iscritto dovrà inviare anche le ricevute di spesa relative alle visite in franchigia.
2. Al calcolo della franchigia concorrono anche le visite completamente rimborsate dal Fasi, purché siano le prime dell'anno in ordine cronologico.
3. Non concorrono al calcolo della franchigia le visite non rimborsabili (pediatriche, ortodontiche, dentarie e oculistiche per controllo del visus), né le visite specialistiche rimborsate ad altro titolo (visite preventive ginecologica e/o urologica, visite nei 90 giorni precedenti e/o successivi al ricovero).

### CURE DENTARIE E PARADENTARIE (OPZIONI COLLETTIVE)

1. Le cure dentarie ed ortodontiche previste da alcune opzioni 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, oppure certificazione che attesti in dettaglio le prestazioni effettuate).
2. **Per gli iscritti alle opzioni integrative, relativamente alle cure ortodontiche,** nel caso in cui l'iscritto esaurisca il massimale previsto dal Fasi per tale tipologia di prestazioni, Assidai provvederà al rimborso di propria competenza nella misura della differenza tra quanto speso e quanto avrebbe rimborsato detto Fondo. Si ricorda che la documentazione inerente il ciclo di cure per l'intera annualità andrà inviata all'Assidai in un'unica soluzione a fine anno.

### CENTRI CLINICI CONVENZIONATI

Per attivare il "servizio di convenzionamento diretto" è sufficiente seguire le procedure indicate nella sezione "Cliniche Convenzionate" del portale Assidai ([www.assidai.it](http://www.assidai.it)).