



*FONDO ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA
LAVORATORI SERVIZI TESSILI E MEDICI AFFINI*

LE PRESTAZIONI SANITARIE RIMBORSABILI



COS'È

FASIIL è il Fondo di assistenza sanitaria integrativa per i lavoratori delle imprese del sistema industriale integrato di beni e servizi tessili e medici affini.

- FASIIL TI RIMBORSA LE SPESE SANITARIE ATTRAVERSO DUE TIPOLOGIE DI PIANI DI ASSISTENZA SANITARIA:

BASE

Tramite il versamento obbligatorio di euro 8 mensili a carico dell'azienda

PLUS

Grazie a un versamento aggiuntivo su base volontaria, a tuo carico, di euro 5 mensili

- E' PREVISTA L'ISCRIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE. LA STESSA È OBBLIGATORIA IN BLOCCO AD ECCEZIONE DEL CONIUGE/CONVIVENTE.

Per iscrivere il tuo nucleo familiare dovrai versare a tuo carico:

8 EURO MENSILI A COMPONENTE PER IL **PIANO BASE**

8 + 5 EURO MENSILI A COMPONENTE PER IL **PIANO PLUS** (nel caso in cui tu aderisca a questa opzione)

- ACCEDI ALLA TUA AREA RISERVATA ON LINE SU **WWW.FASIIL.IT** PER RICHIEDERE I RIMBORSI DELLE PRESTAZIONI E CONSULTARE L'AVANZAMENTO DELLE TUE RICHIESTE.

HAI 90 GIORNI DALLA DATA DELLA PRESTAZIONE SANITARIA PER RICHIEDERE IL RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE CHE POTRÀ AVVENIRE IN MODO:

DIRETTO

Avvalendoti delle strutture convenzionate con FASIIL, non anticipi alcuna somma, fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti che rimangono a tuo carico.

Segui queste indicazioni:

- a. scegli su www.fasiil.it la struttura sanitaria convenzionata con il Fondo
- b. qualificati come assistito FASIIL-NETWORK POSTE PROTEZIONE, prenota la prestazione sanitaria, chiedi sempre alla struttura sanitaria la verifica che sia convenzionata nonché l'indicazione dell'importo a tuo carico e di quello a carico di FASIIL
- c. ricevi la prestazione e paga alla struttura l'importo da te dovuto
- d. richiedi sempre alla struttura il rilascio della fattura
- e. non dovrai inviare alcuna richiesta di rimborso a FASIIL

INDIRETTO

Avvalendoti delle strutture sanitarie pubbliche o private a tua scelta, ricevi il rimborso delle spese sostenute tramite bonifico bancario, nei limiti del Tariffario e del tuo Piano Sanitario.

Segui queste indicazioni:

- a. ricevi la prestazione sanitaria e paga alla struttura l'importo totale
- b. registra la richiesta di rimborso accedendo con le tue credenziali personali (ID e password) alla sezione "richieste online" della tua area riservata su www.fasiil.it, allegando il file della fattura
- c. riceverai il bonifico per la quota rimborsabile direttamente sul tuo conto corrente



VISITE SPECIALISTICHE

Ammesse a rimborso spese per visite specialistiche eseguite da medico-chirurgo in: allergologia, andrologia, anesthesiologia, angiologia, cardiocirurgia, cardiologia, chirurgia (generale, piede, mammella, mano, maxillofacciale, pediatrica, plastica ricostruttiva, proctologica, toraco polmonare, vascolare), dermatologia, diabetologia, ematologia, endocrinologia, fisioterapia, gastroenterologia, genetica, geriatria, immunologia, malattie infettive-tropicali, medicina interna e iperbarica, nefrologia, neurochirurgia, neurologia, neuropsichiatria infantile, oculistica, oncologia medica, ortopedia e traumatologia, otorinolaringoiatra, ostetricia e ginecologia, pneumologia, radiologia interventista, reumatologia, scienza dell'alimentazione, senologia, terapia antalgica, urologia, psichiatria

Esclusioni: odontoiatria, psicoterapia, medicina estetica, pediatria.

BASE: rimborso massimo euro 50, franchigia euro 30, rimborso annuo massimo euro 500

PLUS: rimborso massimo euro 100, franchigia euro 25, rimborso annuo massimo euro 700



GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CARDIOCHIRURGIA, NEUROCHIRURGIA, CHIRURGIA VASCOLARE, TORACICA, GINECOLOGICA, ORTOPEDICA, OTORINOLARINGOIATRICA E MAXILLOFACCIALE, UROLOGICA, TRAPIANTI D'ORGANO

Ammesse a rimborso spese per: equipe medica, sala operatoria, medicinali, materiali e protesi, visite specialistiche, diagnostica intra-ricovero, accertamenti pre e post-ricovero, trasporto in am-

bulanza, assistenza infermieristica, indennità sostitutiva (max 60 notti) o retta di degenza (max 30 notti)

BASE e PLUS: quota di rimborso al 100% con massimale variabile da Base a Plus, franchigie differenziate tra strutture convenzionate e non, rimborso annuo massimo euro 70.000



DIAGNOSTICA E TERAPIA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Ammesse a rimborso spese per: TAC, RMN, scintigrafia, tomografia, angiografia, radiologia tradizionale, diagnostica neurologica, esami contrastografici in radiologia interventistica, ecografia, chemioterapia e radioterapia ambulatoriale

BASE: rimborso massimo 70%, nessuna franchigia, rimborso annuo massimo euro 2.500

PLUS: rimborso massimo 80%, nessuna franchigia, rimborso annuo massimo euro 4.000



PREVENZIONE

Ammesse a rimborso spese per analisi diagnostiche in un'unica soluzione a "pacchetto", per la prevenzione degli assistiti di età superiore ai 45 anni, ogni 24 mesi:

cardiovascolare maschile (emocromo, velocità di sedimentazione, glicemia, azotemia, creatininemia, colesterolo HDL e LDL, transaminasi, urine, ECG di base)

oncologica maschile (antigene prostatico specifico, ecografia prostatica e vescicale)

cardiovascolare femminile (emocromo, velocità di sedimentazione, gli-

cemia, azotemia, creatininemia, colesterolo HDL e LDL, transaminasi, urine, ECG di base)

oncologica femminile (pap test o citologico endocervicale, mammografia bilaterale)

BASE e PLUS: rimborso del 100% presso strutture convenzionate con il Fondo

Rimborso presso strutture non convenzionate con il Fondo: variabile da Piano a Piano e per tipologia di prevenzione



PACCHETTO MATERNITÀ

Ammesse a rimborso spese per: ecografie (max 3 a gravidanza), visite ostetrico-ginecologiche (max 3 a gravidanza), indennità di ricovero parto (max 7 notti; BASE: euro 50/notte, PLUS: euro 100/notte), per le assistite iscritte al Fondo da almeno 9 mesi

BASE: rimborso annuo massimo euro 500

PLUS: rimborso annuo massimo euro 1.000



PROTEZIONE NEONATO

Ammesse a rimborso spese per: interventi chirurgici nel primo anno di vita del neonato iscritto al Fondo dal mese della sua nascita, per correzione di malformazioni congenite, visite e accertamenti diagnostici pre e post intervento, retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nel periodo di ricovero

BASE e PLUS: rimborso annuo massimo euro 5.000



ODONTOIATRIA

Rimborsate le spese sostenute **presso strutture convenzionate attraverso il Fondo, senza alcuna partecipazione dell'assistito, per:**

- **1 visita specialistica** l'anno
- **2 detartarasi** l'anno
- **1 otturazione** ogni 3 anni per elemento dentario
- **estrazioni semplici o complesse**
- **levigatura radicolare**
- **courettage gengivale**

BASE: rimborso annuo massimo euro 400

PLUS: rimborso annuo massimo euro 800



TICKET

Ammesse a rimborso le spese per ticket relativi ad accertamenti sanitari e visite specialistiche effettuati presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato

Esclusioni: ticket per trattamenti termali, acquisto medicinali e prestazioni escluse dal Piano Sanitario

FASIIL non rimborsa le quote di compartecipazione aggiuntive fissate a livello nazionale e/o regionale

*Per un maggiore dettaglio su prestazioni sanitarie, franchigie e massimali, consultare il Tariffario Nomenclatore e le FAQ su **www.fasiiil.it***



**FONDO ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA
LAVORATORI SERVIZI TESSILI E MEDICI AFFINI**

Sede direzionale
Viale Pasteur, 8
00144 ROMA
tel. 06.45759005
fax 06.25496320

fasiil@fasiil.it
fasiil@pec.fasiil.it

www.fasiil.it

CONTACT CENTER

Per informazioni di carattere anagrafico,
contributivo o inerenti le tue richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie
CHIAMA IL CONTACT CENTER,
attivo dalle ore 9 alle ore 17, dal lunedì al venerdì



06 45759001



ASSOSISTEMA



femca cisl



**FILTEM
CGIL**



UILTEC
Profilati, Energie Chimiche