

Assistenza indiretta

L'assistenza sanitaria indiretta consente agli assistiti di rivolgersi a medici, centri, case di cura e ospedali non convenzionati con il F.A.S. dietro prescrizione di un medico convenzionato, salvo il caso di certificata urgenza.

Qualora le richieste di prestazioni sanitarie (visite, esami diagnostici, farmaci) fossero rilasciate da medici e strutture non convenzionati, l'assistito deve rivolgersi ai medici in servizio presso il Poliambulatorio della D.S.I., allo scopo di convalidare la prescrizione.

Il Fondo, su domanda dell'interessato e previa autorizzazione del Fondo medesimo, come previsto dal Regolamento, concorre alle spese sostenute dall'assistito **nei limiti del proprio tariffario**, secondo le disposizioni impartite dal Consiglio di Amministrazione.

Per le prestazioni effettuabili nel poliambulatorio interno, secondo quanto previsto dalle **linee guida** approvate, si applica il tariffario della D.S.I.

In tutti gli altri casi si applica il tariffario di convenzione esterna.

Le prescrizioni di prestazioni farmaceutiche effettuate da medici non convenzionati sono ammesse al prelevamento diretto presso le farmacie convenzionate solo se convertite e autorizzate dai medici dell'ambulatorio di Medicina Interna della D.S.I.

I farmaci acquistati presso farmacie non convenzionate sono rimborsati al 70% del loro costo.

Non sono prescrivibili a carico del Fondo farmaci non ammessi alla commercializzazione in Italia o utilizzati nelle «medicine alternative». Inoltre, non sono prescrivibili a carico del Fondo prodotti parafarmaceutici.

RICHIESTA DI RIMBORSO

L'assistenza indiretta riguarda, in linea generale, tutti quei casi in cui l'assistito chiede il rimborso, preventivamente autorizzato, per spese sanitarie di varia natura pagate direttamente.

Gli iscritti al Fondo, al fine di essere autorizzati al rimborso di prestazioni mediche o farmaceutiche in assistenza indiretta, sono tenuti a consegnare all'operatore dello sportello:

prescrizione medica, comprensiva delle generalità del paziente e della diagnosi; fatture o ricevute in originale; in caso di ricovero, è necessario allegare copia della cartella clinica.

L'assistito può richiedere la restituzione delle fatture entro tre mesi dall'avvenuto rimborso, consegnando all'operatore del *front office* il **Modulo di Richiesta Restituzione Fatture** compilato e firmato.

Le fatture richieste ed elencate nel modulo, possono essere ritirate dopo dieci giorni dalla richiesta.

CONTRIBUTI PRESTAZIONI INTEGRATIVE

Il consiglio di Amministrazione definisce periodicamente la misura dei contributi per prestazioni integrative.

Il contributo può essere concesso esclusivamente nei casi preventivamente autorizzati dal FAS. Tale autorizzazione è subordinata alla consegna della prescrizione di un medico specialista della DSI o convenzionato con il FAS (nel caso di prestazioni odontoiatriche è necessario unire il dettaglio del piano di cure).

La tipologia delle prestazioni sanitarie per le quali attualmente è possibile chiedere un contributo comprende protesi e presidi di diversa natura, contributi per assistenza infermieristica in caso di malattie ad andamento cronico o in fase terminale.