



Guida al Fondo FASCHIM

Gennaio 2026



**Il nostro impegno,
la tua salute.**

Da oltre 20 anni lavoriamo insieme a voi con un unico obiettivo: essere accanto a tutti i nostri associati come aiuto concreto, perché la salute è il bene più importante.

Un impegno che per noi significa offrire

- possibilità di fronte al bisogno di cure;
- coperture per le normali necessità ma anche per i grandi imprevisti;
- tutela per l'associato e per tutta la famiglia.

E ancora ...

- semplicità nell'utilizzo del Fondo;
- servizi per poter essere in contatto con noi in ogni momento e da qualsiasi luogo.

Una storia di persone: i nostri associati.

La soddisfazione più grande per FASCHIM arriva dagli associati: persone che riconoscono il valore del Fondo e la sua concretezza.

Una fiducia che ci viene dimostrata ogni giorno.

Chi può iscriversi	5
Come iscriversi	6
Quanto costa	7
Da quando puoi richiedere i rimborsi	8
Entro quando devi inviare le richieste di rimborso	9
Come richiedere i rimborsi	10
Cosa rimborsiamo	13
Ticket	14
Diarie	15
Odontoiatria	16
Prestazioni private	18
Assistenza alla non autosufficienza	25
Prestazioni private per gravi malattie	26
Campagna di prevenzione	28
Tempi di liquidazione	29
Dichiarazione dei redditi	30
Strutture convenzionate	32
Il sito e il Call Center	35

Per noi, la tua salute
è il bene più importante.

Ecco perché è nato FASCHIM, il Fondo di assistenza
sanitaria per i lavoratori
dell'industria chimica, chimico - farmaceutica, fibre
chimiche, abrasivi, lubrificanti, GPL, coibentazioni.

Un Fondo creato apposta per te e per la
tua famiglia, per aiutarti ad affrontare le
spese sanitarie: un aiuto concreto, che ti tutela dagli
imprevisti e ti dà la possibilità di scegliere le cure
migliori.

Chi può iscriversi

I lavoratori dipendenti

non in periodo di prova, con un rapporto di lavoro:

- a tempo indeterminato
- a tempo determinato (pari o superiore a 6 mesi, escludendo il periodo di prova)
- part-time pari o superiore alla metà dell'orario legale settimanale di lavoro.

Per tutte le casistiche particolari relative alle iscrizioni consulta il Regolamento del Fondo.

I componenti del nucleo familiare dei lavoratori iscritti

(l'iscrizione del familiare è in aggiunta a quella del dipendente e prevede il versamento di un contributo aggiuntivo).

Coniuge/Convivente

- il coniuge
- il convivente: si intendono le coppie di fatto che convivono da almeno un anno.

Figli

Possono essere iscritti i figli al massimo fino a 30 anni di età.

- per l'iscrizione tra il 26° e il 30° anno di età devono essere inclusi nello stato di famiglia del dipendente iscritto.

Come iscriversi



Iscriversi a FASCHIM è semplice e ci si può iscrivere in qualsiasi mese dell'anno. L'iscrizione parte dal mese in cui vengono caricati sul portale del Fondo i dati da parte dell'impresa (con trattenuta in busta paga).

Iscrizione del dipendente

- Compila il Modulo Iscrizione Dipendente- Mod.I01 che trovi sul sito di Faschim ("Moduli" in home page) e Consegnalo alla tua impresa
- L'impresa inserisce i tuoi dati nel portale di FASCHIM e trattiene i contributi dalla tua busta paga.
- Quando ti iscrivi ricevi una mail di benvenuto con codice e password per accedere alla tua area riservata.

Iscrizione del nucleo familiare

- Compila il Modulo Iscrizione Familiari - Mod.I03 che trovi sul sito di Faschim ("Moduli" in home page) e Consegnalo alla tua impresa

Se iscrivi un figlio tra 26 e 30 anni di età è necessario inviare, tramite la funzione sul sito nella tua area riservata, lo stato di famiglia del dipendente iscritto o la dichiarazione sostitutiva.

L'iscrizione dei componenti del nucleo non è mai automatica.

Per esempio, se nasce un bambino, va chiesta l'iscrizione anche per questo nuovo componente, anche nel caso in cui si abbiano già altri componenti iscritti come nucleo familiare.

SIETE DUE CONIUGI/CONVIVENTI ED ENTRAMBI VI ISCRIVETE A FASCHIM COME DIPENDENTI DI IMPRESA DEL SETTORE?

L'iscrizione dei figli è gratuita.

- informa la tua impresa che provvederà a collegarvi tramite il portale
- i figli vanno iscritti solamente da uno dei due coniugi/conviventi dipendenti.

Quanto costa

L'iscrizione del dipendente a FASCHIM prevede una quota a carico dell'impresa e una quota a carico del dipendente.

CONTRIBUTO A CARICO
DEL DIPENDENTE AL MESE

4,00 €

CONTRIBUTO A CARICO
IMPRESA AL MESE

22,50 €

Se decidi di iscrivere anche il **nucleo familiare** devi versare un contributo aggiuntivo, che si va a sommare al contributo che ti viene trattenuto in busta paga per la tua iscrizione.

SE ISCRIVI ANCHE I TUOI FAMILIARI OLTRE A TE PAGHERAI UN CONTRIBUTO IN PIÙ AL MESE. QUANTO IN PIÙ?

Iscrivi 1 solo familiare?
(il coniuge oppure 1 figlio)

24€ / mese

Iscrivi 2 o più familiari?
(coniuge e figli)

30,25€ / mese

Questo contributo per i familiari si aggiunge al tuo di 4€ al mese

Da quando puoi chiedere i rimborsi

La tua iscrizione parte dal mese in cui la tua impresa inserisce i tuoi dati nel portale creando così la tua anagrafica.

È possibile chiedere il rimborso per le spese sanitarie che si effettuano **a partire dal 2° mese di iscrizione.**

Il primo mese in cui non puoi chiedere rimborsi si chiama “carenza” e si applica anche a ogni componente del nucleo familiare che viene iscritto.

ESEMPIO:

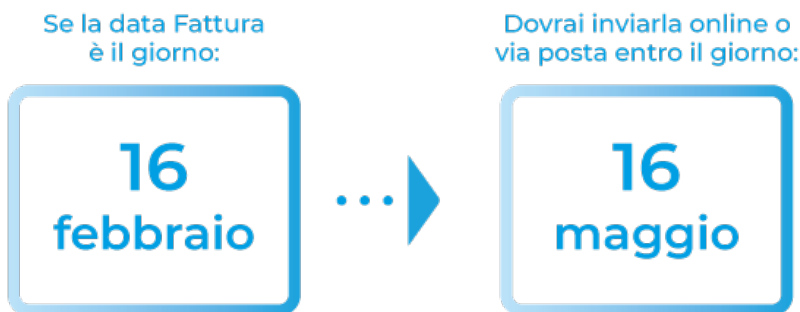


Neonato: il neonato non ha carenza se lo iscrivi nel mese della sua nascita. Ricorda di comunicare nel mese della nascita l'iscrizione del nuovo nato alla tua impresa tramite il modulo per iscrizione dei familiari.

Entro quando devi inviare le richieste di rimborso

Ricordati che hai **3 mesi di tempo dalla data fattura** (data dimissioni per la diaria) per inviare al Fondo la tua richiesta!

Se la documentazione viene inviata in ritardo il fondo non te la rimborserà. Il Fondo considera il giorno preciso in questo caso, come nell'esempio sotto.



Come richiedere i rimborsi



ON LINE

E' la modalità più semplice e puoi utilizzarla per tutte le prestazioni.

Non devi inviare nulla via posta e il rimborso ha tempi più rapidi

1- accedi all'area riservata DIPENDENTE

2-CLICCA PRATICHE SANITARIE

3-COMPILA la richiesta per la persona interessata e scegli tra i gruppi di prestazioni

4-Dopo avere scattato una foto o scansionato i documenti, CARICA i documenti di spesa ed eventuali allegati .

Via posta cartacea:

Se proprio hai delle difficoltà con l'area riservata è possibile inviare le richieste in modo cartaceo, via posta. La seguente modalità però ha tempi più lunghi di gestione per alcune pratiche. Ricorda di stampare e compilare i moduli R01/R02.

Invia a

Faschim c/o Welion

CASELLA POSTALE 5007

37138 VERONA

Come richiedere i rimborsi

Suggerimenti utili per le richieste inviate tramite l'area riservata

-E' importante inserire le prestazioni nel TIPO PRATICA E TIPO PRESTAZIONE affine a ciò che stai inviando, per un corretto invio della pratica. La suddivisione delle aree è personalizzata per aiutarti a inserire i documenti previsti per le diverse prestazioni.

-E' importante distinguere tra prestazione TICKET (eseguita tramite il pagamento del ticket del Sistema sanitario) e PRESTAZIONI PRIVATE. Inserire una prestazione privata nel tipo ticket allunga la lavorazione e la pratica potrebbe incorrere in sospensioni.

-Indicazioni per le PRESTAZIONI PRIVATE:

Ti invitiamo a selezionare correttamente il TIPO PRESTAZIONE (una visita è diversa da un accertamento o dalla fisioterapia): inserire prestazioni in modo casuale non aiuta nella compilazione né nella lavorazione.

Qualche esempio utile:

→ Se in fattura sono presenti più prestazioni NON INSERIRE LA RICHIESTA PIU' VOLTE ma inseriscila solo in uno dei tipi previsti.

→ La fattura va inserita una sola volta, non spaccettata in diversi tipi prestazione.

→ E' presente in fattura una visita + ecografia o altro accertamento o esame? NON inserire 2 volte la richiesta. Inseriscila sotto le visite specialistiche.

→ Sono presenti in fattura più prestazioni di fisioterapia diverse tra loro? NON inserire più volte la stessa richiesta.

SE IL DOCUMENTO E' COMPOSTO DA PIU' PAGINE , CARICA UN FILE CON TUTTE LE PAGINE DEL DOCUMENTO, NON LE SINGOLE PAGINE

Quando invii i documenti, soprattutto se si tratta di cartelle cliniche o lettere di dimissioni, NON CARICARE PAGINE SINGOLE SEPARATE TRA LORO COME DOCUMENTI AGGIUNTIVI se un documento contiene più pagine, ma CARICA UN FILE CONTENENTE TUTTE LE PAGINE per ogni tipo documento.

Il sistema potrebbe non riuscire a elaborare correttamente i documenti se allegghi le singole pagine una alla volta e la pratica potrebbe essere sospesa.



Cosa rimborsiamo



TICKET



DIARIA RICOVERI SSN/DAY SURGERY



ODONTOIATRIA



PRESTAZIONI PRIVATE



ASSISTENZA ALLA NON AUTOSUFFICIENZA



PRESTAZIONI PRIVATE GRAVI MALATTIE



CAMPAGNA DI PREVENZIONE

Ticket

Cosa rimborsa il Fondo?

Il Fondo rimborsa tutti i **ticket al 100%** (es: le visite specialistiche, la diagnostica, gli esami di laboratorio, le terapie, gli interventi ambulatoriali....).

Non esistono limiti di numero o di importo rimborsabile.

Cosa è necessario per il rimborso?

■ la ricevuta del ticket

■ verifica che siano presenti tutte le informazioni utili al Fondo:

- dicitura che identifichi che si tratta di ticket (es. ticket, ssn, quota fissa...)
- dati anagrafici dell'intestatario (nome, cognome, codice fiscale..)
- descrizione della prestazione eseguita

In caso contrario puoi allegare un documento che ci permetta una chiara identificazione della prestazione. (es. referto, foglio prenotazione...).

Non scrivere nulla a mano sul documento perchè fiscalmente non risulta valido senza timbro e firma della struttura.

Note

ESCLUSIONI

Per le esclusioni fai riferimento al Regolamento, art. 18.1

Diarie

Cosa rimborsa il Fondo?

Il Fondo riconosce la diaria per i ricoveri ordinari con il Sistema Sanitario Nazionale:

- dal 1° al 3° pernottamento : **€ 25 a notte**
- dal 4° al 5° pernottamento : **€ 30 a notte**
- dal 6° al 10° pernottamento : **€ 35 a notte**
- oltre il 10° pernottamento : **€ 40 a notte**



- **€ 25 per un intervento chirurgico** eseguito in Day Surgery/Day Hospital
- **€ 25 per le terapie oncologiche** in regime di Day Hospital o ambulatoriale

Cosa è necessario per il rimborso?

- in caso di ricovero:

-ricovero ordinario: lettera di dimissioni con indicato data ingresso, data uscita e motivo del ricovero (tutte le pagine). Il Fondo potrà chiederti successivamente l'invio della cartella clinica se fosse necessario.

- in caso di intervento chirurgico eseguito in Day Hospital/Day Surgery: lettera di dimissione con indicazione dell'intervento eseguito

- in caso di terapie oncologiche: la lettera di dimissione se in day hospital, la certificazione della struttura sanitaria se in regime ambulatoriale da cui si evinca la terapia eseguita e le date in cui la terapia è stata eseguita.

Note

ESCLUSIONI

Per le esclusioni fai riferimento al Regolamento, art. 18.1

Odontoiatria

Cosa rimborsa il Fondo? per il periodo 1/1/2025-31/12/2026

Il Fondo rimborsa per tutte le **prestazioni odontoiatriche il 45%** del costo sostenuto con il limite annuo di **€ 350**.

Per le sole prestazioni di **implantologia e protesi** in aggiunta al primo massimale, si accede a un secondo massimale annuo: il calcolo è nuovamente il **45% dell'importo che in fattura corrisponde alle prestazioni di implantologia e protesi, al quale si sottrae una franchigia annua di € 500**.

In ogni caso il massimale annuo rimborsabile per l'odontoiatria non potrà essere complessivamente superiore a **€ 3.500**.

MASSIMALI: I massimali annui di rimborso, per l'iscrizione successiva al mese di Gennaio, si intendono rapportati alle quote mensili dei contributi dovuti e versati nell'anno di iscrizione.

ORTODONZIA: viene considerata nel massimale generico e viene rimborsata fino al 26° anno di età



Odontoiatria

Cosa è necessario per il rimborso?

- la fattura
- sempre il **modulo D01** “Modulo spese odontoiatriche” compilato dal tuo dentista.

Nel caso di impianti/protesi e ortodonzia

Devi inviare anche la documentazione obbligatoria che trovi indicata nel nomenclatore odontoiatrico. Trovi la sintesi degli obblighi anche in testa al modulo D01: guarda sempre il modulo per sapere cosa devi inviare.

Note

ACCONTO E SALDO

Si intende per Acconto la fattura che riporta la dicitura “acconto”, per Saldo la fattura che riporta la dicitura “saldo”.

Il Fondo rimborsa **gli acconti solo se inviati insieme alla fattura di saldo**. Il rimborso verrà effettuato sul massimale dell'anno della fattura di saldo. Gli acconti possono essere inviati oltre i 3 mesi dalla data fattura perché devono essere inviati necessariamente insieme alla fattura di saldo: tutta la documentazione deve essere però inviata entro i 3 mesi dalla data della fattura di saldo.

FINANZIAMENTI: Se chiedi un finanziamento avrai una fattura che riporta il costo complessivo della spesa da sostenere anche se in realtà non avrai ancora iniziato il lavoro di odontoiatria o non l'avrai ancora terminato. In questo caso devi inviare comunque la fattura entro i 3 mesi dalla data di emissione insieme al modulo D01 compilato completamente dal dentista...poi farai seguire eventuali ulteriori documenti necessari al rimborso.

ESCLUSIONI:

Per le esclusioni fai riferimento al Regolamento, art. 18.1 e al Nomenclatore odontoiatrico.

Prestazioni private

Il Fondo rimborsa le prestazioni effettuate privatamente con una **tariffa massima per ogni singola prestazione**.

Trovi tutte le prestazioni private rimborsabili, con la rispettiva tariffa, nel **TARIFFARIO sul sito**.

Riportiamo una sintesi delle prestazioni private rimborsate per macro aree:

VISITE SPECIALISTICHE (sezione 1 tariffario) **periodo 1/1/2025-31/12/2026**

Il Fondo rimborsa le visite specialistiche effettuate da medico chirurgo con specializzazione. Trovi le specializzazioni ammesse al codice 1 del tariffario.

- Tariffa max **€ 70, max 15 l'anno per iscritto**

Cosa inviare

■ La fattura

■ nel caso di più visite nella stessa specializzazione medica durante l'anno **a partire dalla 4° e per ciascuna delle successive effettuate nello stesso anno solare per la stessa specializzazione devi inviare la prescrizione del medico di base** (di data antecedente alla fattura e una diversa per ogni visita) **con l'indicazione della patologia**.

L'associata in stato di gravidanza (per la sola visita ginecologica) deve invece inviare il certificato di gravidanza.

L'associato/a con patologia oncologica (per la sola visita oncologica) deve invece inviare un documento da cui si evinca la patologia oncologica.

Prestazioni private

INTERVENTI CHIRURGICI (sezione 12 tariffario)

Il Fondo rimborsa **le tariffe indicate per ogni singolo intervento** come specificato nel tariffario. Queste le aree previste:

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| _ CARDIOCHIRURGIA | _ CHIRURGIA VASCOLARE |
| _ CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA | _ GASTROENTEROLOGIA (CHIRURGIA |
| _ CHIRURGIA DELLA MAMMELLA | GASTROENTEROLOGICA ED |
| _ CHIRURGIA DELLA MANO | ENDOSCOPICA - ENDOSCOPIA |
| _ CHIRURGIA DEL PIEDE | DIAGNOSTICA) |
| _ CHIRURGIA DERMATOLOGICA - | _ GINECOLOGIA - OSTETRICIA |
| CRIOTERAPIA - LASERTERAPIA | _ NEUROCHIRURGIA |
| _ CHIRURGIA GENERALE Piccoli inter- | _ OCULISTICA |
| venti | _ ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |
| _ CHIRURGIA ORO - MAXILLO - FAC- | _ OTORINOLARINGOIATRIA |
| CIALE | _ RADIOLOGIA INTERVENTISTICA |
| _ CHIRURGIA PEDIATRICA | _ UROLOGIA - DIAGNOSTICA UROLO- |
| _ CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUT- | GICA |
| TIVA | _ UROLOGIA ENDOSCOPICA |
| _ CHIRURGIA TORACO - POLMONARE | ED OPERATIVA |

Cosa inviare

■ La fattura

■ Per ricoveri e interventi chirurgici in Day Hospital/Day Surgery:

la cartella clinica rilasciata e timbrata dall'ospedale/istituto di cura/clinica, completa in ogni parte (anamnesi, diario clinico, referti, ecc...).

■ Per gli interventi chirurgici ambulatoriali:

-diario clinico/verbale dell'intervento

-alcuni interventi prevedono ulteriori documenti da inviare e sono presenti le indicazioni all'interno del codice stesso sul tariffario.

Prestazioni private

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (sezione 13 tariffario)

Il Fondo rimborsa **le tariffe indicate per ogni singola prestazione** come riportato nel tariffario. Queste le aree previste

_ ANALISI DI LABORATORIO

Il Fondo non rimborsa le analisi di laboratorio private. Sono ammesse al rimborso solo se eseguite durante un ricovero notturno/Day Surgery oppure se eseguite ambulatorialmente 30gg prima o dopo un intervento chirurgico con ricovero (intervento previsto dal tariffario). Le prestazioni indicate nel tariffario con * sono ammesse a rimborso nel caso siano eseguite durante la gravidanza.

_ ESAMI CITOLOGICI/ESAMI ISTOLOGICI/IMMUNOISTOCHIMICI

_ CARDIOLOGIA

_ DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Angiografia

Ecografia (massimo 3 l'anno; durante la gravidanza massimo 5 con l'invio del certificato di gravidanza)

Mineralometria - Densitometria ossea - Radiologia tradizionale - Risonanza Magnetica

Nucleare - Tomografia Assiale Computerizzata

_ DIAGNOSTICA VASCOLARE Ultrasonografia Doppler - EcoDoppler - EcocolorDoppler

_ MEDICINA NUCLEARE

_ NEUROLOGIA

_ OCULISTICA

_ OTORINOLARINGOIATRIA

_ PNEUMOLOGIA



Cosa inviare

■ La fattura dettagliata

■ alcuni accertamenti prevedono ulteriori documenti da inviare e sono presenti le indicazioni all'interno del codice stesso sul tariffario.

■ ricorda di conservare i referti perchè il Fondo potrebbe chiederli

Prestazioni private

FISIOKINESITERAPIA (sezione 14 tariffario)

Le prestazioni sono rimborsabili secondo la rispettiva tariffa.

È previsto il rimborso per **massimo 40 (quaranta) prestazioni all'anno per iscritto, con un massimale annuo rimborsabile per iscritto pari a € 300.**

(solo nei casi di gravi patologie come indicato sul tariffario il limite delle prestazioni non viene considerato e il massimale è innalzato a € 900)

Cosa inviare

■ **Il Modulo “MOD. FISIO”:** compilato dal medico specialista in ortopedia e traumatologia, medicina dello sport, fisiatria (medicina fisica e riabilitativa), neurochirurgia fatto salvo le specializzazioni aggiuntive indicate all'interno dei singoli codici della sezione 14 del tariffario.

Il modulo deve essere di data non anteriore a un anno rispetto alla data della fattura.

■ **La fattura dettagliata:** nella fattura devono essere elencate le prestazioni eseguite e deve risultare chiaramente l'abilitazione professionale in fisiokinesiterapia/massofisioterapia della persona che ha effettuato le prestazioni

■ **il diploma di abilitazione del fisioterapista/massofisioterapista**

Prestazioni private

TUTORI E CORSETTI (sezione 4 tariffario)

Il Fondo rimborsa i tutori e corsetti acquistati NON IN RICOVERO.

Il rimborso previsto è il 50% del costo sostenuto con il limite annuo di € 100

Cosa inviare

- La fattura dettagliata
- la prescrizione del medico con l'indicazione della patologia per cui si sono resi necessari (con data non anteriore ad un anno rispetto alla data fattura)

LENTI CORRETTIVE (sezione 15 tariffario)

Questa prestazione è usufruibile solo se necessaria **per correggere modifiche del visus (diottrie).**

Il rimborso non è ripetibile prima di 2 anni dalla data della precedente fatturazione. **Tariffa fino a € 90.**

Cosa inviare

- La fattura con la distinzione tra lenti e montatura
- **La prescrizione del medico oculista** di data non anteriore ad un anno rispetto all'acquisto delle lenti/occhiali **su cui ci sia scritto espressamente che c'è una modifica del visus che rende necessario l'acquisto delle lenti.**

-In caso di primo acquisto delle lenti non è necessaria la modifica del visus, ma la prescrizione del medico oculista deve indicare che precedentemente alla visita l'assistito non portava le lenti.

-In caso di assistiti fino a 18 anni di età è necessaria la prescrizione dell'oculista, ma non è necessario che ci sia una modifica del visus.

Prestazioni private

APPARECCHI /OCCHIALI ACUSTICI (sezione 16 tariffario)

Le prestazioni non sono ripetibili prima di 3 (tre) anni dalla data della precedente fatturazione e non sono cumulabili tra loro, ossia non è previsto il rimborso di entrambe le voci nel triennio.

Tariffa di rimborso massima

Apparecchi acustici: € 1200 Occhiali acustici: € 360

Cosa inviare

- La fattura dettagliata
- La prescrizione del medico specialista in otorinolaringoiatria con la patologia per cui si sono resi necessari. (non anteriore a 1 anno dalla data della fattura)

TERAPIE RIABILITATIVE PER DISABILITA' COGNITIVE MOTORIE E DEL LINGUAGGIO (sezione 17 tariffario)

Per esempio terapie per disturbi specifici del linguaggio, della deglutizione, della disfonia, della sordità, del rotacismo, di lettoscrittura, per disortografia, discalculia, disgrafia, difficoltà e disturbi dell'apprendimento, del ritardo psicomotorio, disturbi dell'attenzione, della memoria.

Il Fondo rimborsa le prestazioni a tariffa, per **massimo di 80 prestazioni all'anno** per iscritto.

CHE PRESTAZIONI? Intervento di riabilitazione cognitiva/neurocognitiva, riabilitazione logopedica, riabilitazione psicomotoria (individuale/di gruppo), Intervento terapeutico ABA
PER I CASI DI AUTISMO E FORME CORRELATE FARE RIFERIMENTO AL TARIFFARIO.

Cosa inviare

- La fattura
- **il Modulo "MOD.RIAB."** compilato dal medico specialista in pediatria, neuropsichiatria, neurologia, cardiologia, oncologia medica o otorinolaringoiatria (anche per i casi di autismo e forme correlate sotto elencate).(non anteriore a 1 anno dalla data della fattura).

Prestazioni private

ESCLUSIONI per le prestazioni private

Le voci non presenti nel tariffario non sono ammesse a rimborso. Fare riferimento all'art. 18 del regolamento, che indica come esclusioni anche:

- la medicina alternativa e l'omeopatia;
- le visite eseguite da un medico chirurgo senza specializzazione;
- la medicina del lavoro, la medicina legale e la medicina dello sport;
- gli infortuni avvenuti in concomitanza con la partecipazione dell'iscritto a competizioni sportive non di carattere amatoriale;
- le visite e le terapie psicologiche, le terapie e i ricoveri psichiatrici;
- i trattamenti finalizzati al benessere psico-fisico;
- in materia di allergologia, le terapie, i medicinali, i vaccini e i relativi esami;
- il check-up;
- i ricoveri in Day Hospital senza intervento chirurgico (tranne quelli per terapie oncologiche);
- la dialisi, anche se effettuata in regime di ricovero;
- le terapie e gli interventi attinenti le patologie relative a infertilità e sterilità;
- i farmaci, salvo quelli somministrati nell'ambito di ricoveri e quelli chemioterapici;
- le visite per le certificazioni mediche a pagamento;
- i casi di chirurgia refrattiva eseguiti con qualsiasi metodica, tecnica, apparecchiatura;
- montature occhiali;
- le donazioni o oblazioni;
- gli interventi chirurgici a scopo profilattico.

Assistenza alla non autosufficienza

ASSISTENZA ALLA NON AUTOSUFFICIENZA

Si tratta di situazioni in cui l'assistito non è più in grado, in modo permanente, di compiere, anche in modo parziale, 4 delle seguenti azioni e necessita di assistenza da parte di un'altra persona: _ Farsi il bagno o la doccia _ Vestirsi e svestirsi _ Igiene del corpo _ Mobilità _ Continenza _ Bere e mangiare



Per il caso di non autosufficienza in Fondo eroga:

- una rendita mensile del valore di **€ 250 per i primi 24 mesi** dalla data di riconoscimento della non autosufficienza
 - al termine di questo periodo, o prima qualora l'assistito cessi di essere iscritto al Fondo, **un capitale liquidabile in unica soluzione**. Questo capitale corrisponde al valore attuale della rendita per la durata residua sino al 60° mese dalla data di riconoscimento della non autosufficienza.
- Il valore complessivo è intorno ai € 14.000.**

Gli importi dovuti dal Fondo saranno liquidati solo nel caso in cui l'assistito risulti in vita

Cosa inviare

l'apposito **modulo di Richiesta di Sussidio per la non autosufficienza** (da inviare in fotocopia al Fondo via posta ai riferimenti presenti sul modulo)

Il Fondo, qualora ravveda l'appropriatezza della richiesta, si riserva la facoltà di inviare, a proprie spese, un proprio medico fiduciario presso il domicilio dell'assistito per certificare lo stato di non autosufficienza.

Prestazioni private per gravi malattie

PRESTAZIONI PRIVATE PER GRAVI MALATTIE (sezione 18 tariffario)

Per le gravi malattie/interventi chirurgici indicate nell'elenco sotto riportato il Fondo rimborsa **il 100% con un massimale di euro 10.000** per

- Assistenza infermieristica
- Assistenza socio-sanitaria
- Logopedia
- Fisiokinesiterapia

Elenco gravi malattie/interventi chirurgici:

- neoplasia maligna in trattamento, con aggravamento delle condizioni generali;
- chirurgia dell'aorta;
- chirurgia delle valvole cardiache;
- chirurgia di by-pass aorto-coronarico;
- ictus;
- aneurisma;
- trapianto degli organi principali;
- infarto miocardico acuto;
- insufficienza cardiorespiratoria scompensata, che presenti contemporaneamente almeno 3 delle seguenti manifestazioni (dispnea, edemi declivi, aritmia, angina instabile, edema o stasi polmonare, ipossiemia) ;
- politraumatismi gravi che non necessitano di intervento chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato;
- stato di coma;
- ustioni di 3° grado con estensione pari almeno al 20% del corpo;
- vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale;



Prestazioni private per gravi malattie

- interventi di chirurgia pediatrica per :
 - idrocefalo ipersecretivo;
 - polmone cistico e policistico;
 - atresia dell'esofago;
 - fistola dell'esofago;
 - atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale;
 - atresia dell'ano con fistola rettouretrale o retto-vulvare:abbassamento addomino-perineale;
 - megauretere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale;
 - megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson;
 - fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale;
 - pseudocisti e fistole pancreatiche.

I rimborsi sono erogabili una sola volta per la stessa tipologia di grave malattia, in tutto il rapporto associativo.

Cosa inviare

l'apposito **modulo di Richiesta di attivazione delle prestazioni per gravi malattie” modulo GM01** da inoltrare entro 6 mesi dalla data di dimissioni dall'ospedale presso il quale l'assistito è stato in cura per malattie/interventi previsti per questa prestazione o dalla diagnosi.

Il Fondo, qualora ravveda l'appropriatezza della richiesta, si riserva la facoltà di inviare, a proprie spese, un proprio medico fiduciario presso il domicilio dell'assistito per certificare lo stato di non autosufficienza.

Campagna di prevenzione gennaio 2026- dicembre 2027

La “campagna di prevenzione” è rivolta agli associati e ai loro familiari iscritti, che rientrano nelle categorie di età presenti nella tabella.

Le prestazioni possono essere eseguite **solonelle strutture convenzionate direttamente con FASCHIM**: ti basta prenotare l'esame presso la Struttura più vicina facendo presente che sei associato a FASCHIM. L'esame sarà gratuito e non devi poi inviare nulla al Fondo.

quale esame	a chi è rivolta	quando
Prevenzione - Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici	donne/uomini >=50 anni	1 volta nel periodo 1/1/2026-31/12/2027
Prevenzione - Ecografia transrettale	uomini >= 45 anni	ogni anno
Prevenzione - Mammografia bilaterale (compreso esame clinico)	donne >= 40 anni	ogni anno
Prevenzione oculistica - visita con fundus, tonometria, test Shirmer	donne/uomini >=50 anni	1 volta nel periodo 1/1/2026-31/12/2027
Prevenzione - Pap test	donne >=40 anni	ogni anno
Prevenzione - PSA	uomini >=45 anni	ogni anno
Prevenzione - Ricerca sangue occulto nelle feci (SOF-FOBT) tre dosaggi	donne/uomini >=50 anni	ogni anno
Prevenzione - Visita cardiologica + E.C.G.	donne/uomini >=50 anni	1 volta nel periodo 1/1/2026-31/12/2027
Prevenzione Osteoporosi: Visita fisiatrica/ortopedica e Moc 1 segmento	donne >=50 anni	1 volta nel periodo 1/1/2026-31/12/2027
Prevenzione oculistica bambini – visita oculistica con valutazione ortottica	bambini <=10 anni	1 volta nel periodo 1/1/2026-31/12/2027
Prevenzione odontoiatrica bambini- visita odontoiatrica	bambini <=14 anni	1 volta nel periodo 1/1/2026-31/12/2027
Prevenzione - Ecografia mammaria bilaterale (compreso esame clinico)	donne >=30 e <=39	1 volta nel periodo 1/1/2026-31/12/2027
Prevenzione - Ecografia testicolare bilaterale	uomini >=30 e <45	1 volta nel periodo 1/1/2026-31/12/2027
Prevenzione - Tiroide: Ecografia tiroide+T3+T4+TSH	donne/uomini >= 45 anni	1 volta nel periodo 1/1/2026-31/12/2027
Prevenzione - Visita dermatologica + Epiluminescenza (documentata da referto)	donne/uomini >= 45 anni	1 volta nel periodo 1/1/2026-31/12/2027 riconosciuto a condizione che l'associato non abbia già ottenuto il rimborso in forma indiretta della prestazione di Epiluminescenza (cod. 6011) nel medesimo anno solare in cui viene richiesta la prestazione di prevenzione

Tempi di liquidazione

Nella tua area riservata puoi seguire il percorso della tua pratica. Inoltre trovi la scansione di tutti i documenti e le nostre comunicazioni relative alla pratica.

Quando la pratica viene chiusa il Fondo ti invia una notifica mail, per invitarti a verificare l'esito della pratica nella tua area riservata.

Se la documentazione che hai inviato non è corretta o completa il Fondo non è in grado di gestire correttamente la richiesta. La pratica viene quindi **sospesa** e ti viene richiesta la documentazione mancante.

Puoi gestire tutta la tua pratica direttamente online dalla tua area riservata.

Il Fondo procede alla lavorazione delle pratiche con tempistiche diverse per le diverse tipologie di prestazione.

I tempi di gestione delle pratiche sono normalmente piuttosto rapidi per alcune richieste per esempio i ticket e le diarie (5 giorni) e le visite specialistiche private (10 giorni).

Le altre prestazioni sono normalmente gestite in 30 giorni lavorativi, ma il Fondo non ha tempistiche vincolanti.

Rimborso

Le liquidazioni vengono effettuate direttamente sul tuo IBAN, come da te indicato nella tua area riservata.

Dichiarazione dei redditi

Puoi inserire nella dichiarazione dei redditi le spese rimborsate da FASCHIM ma **SOLO LA PARTE CHE FASCHIM NON TI HA RIMBORSATO.**

NON DEVONO ESSERE INSERITE LE FATTURE CHE FASCHIM HA GIA' RIMBORSATO AL 100%

Per la verifica di cosa inserire hai a tua disposizione oltre alle fatture anche il documento di dettaglio sul rimborso che trovi nella tua area riservata al termine della lavorazione della pratica.

Nella tua area riservata hai anche l'**ESTRATTO CONTO** che ti fornisce una visione dettagliata per anno fattura, anno valuta del rimborso, persona a cui è intestata la fattura.

I Fondo ogni anno è tenuto a comunicare all'Agenzia delle Entrate alcuni dati relativi ai tuoi rimborsi, che servono per le informazioni che vanno ad alimentare il 730 precompilato.

Le strutture convenzionate

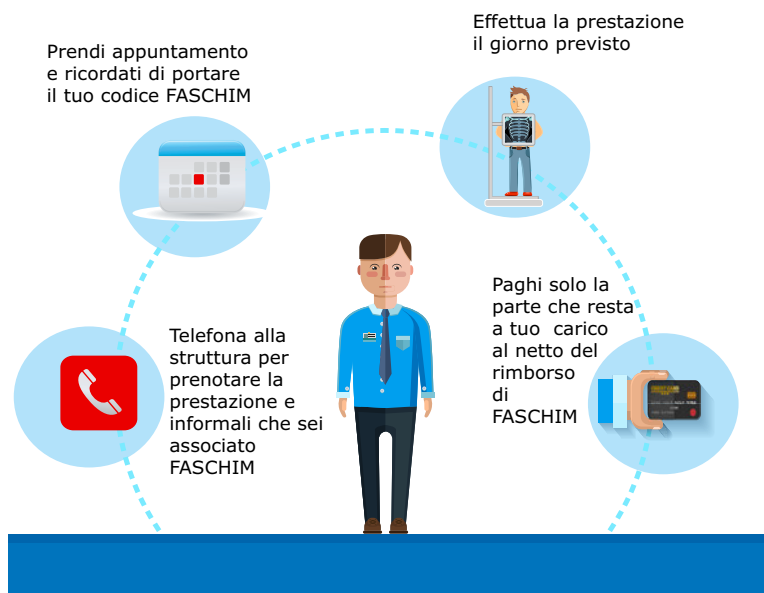


Le Strutture convenzionate

Puoi effettuare le prestazioni sanitarie ammesse a rimborso da FASCHIM, presso le strutture convenzionate con noi.

Si tratta di una rete di oltre 3000 tra Strutture sanitarie e di Odontoiatri con cui:

- abbiamo concordato un prezzo agevolato per alcune prestazioni
- quando fai la prestazione hai rimborso immediato, ovvero paghi solo la differenza tra il costo della prestazione e il rimborso di faschim e non devi più mandare alcuna richiesta al Fondo.



Motore di ricerca sul sito

Per sapere quali sono le strutture/studi odontoiatrici più vicine a te e sapere quali prestazioni effettuano in forma diretta, utilizza il motore di ricerca sul sito di FASCHIM, nella sezione Strutture Convenzionate.

Puoi stampare l'elenco, puoi vedere sulla mappa dove sono le strutture e puoi ottenere le indicazioni stradali.



INDICAZIONI:

- quando prenoti ricordati di dire subito che sei associato a faschim
- quando chiami la struttura per una particolare prestazione, verifica sempre che quella prestazione sia convenzionata. Non tutti i medici o tutte le prestazioni sono in convenzione!
- chiedi sempre alla struttura di sapere la divisione tra l'importo a carico faschim e quello che resta invece a carico tuo.
- è necessario portare con sé il proprio codice fiscale: ogni associato verrà gestito a partire dal codice fiscale.

Il sito www.faschim.it

Sul sito di FASCHIM sono presenti moltissime informazioni.

Prima di effettuare una prestazione o prima di inviare un rimborso verifica sul sito le informazioni e la documentaione che devi inviare.



Accedi alla tua area riservata con il tuo codice FASCHIM e la tua password e puoi

- verificare la tua posizione e in caso di dati mancanti provvedere al perfezionamento dell'iscrizione
- effettuare le richieste di rimborso con la procedura Pratiche sanitarie
- verificare lo stato delle tue richieste di rimborso in tempo reale
- scaricare la scansione di tutta la documentazione inviata al Fondo (fatture, documenti integrativi, lettere di liquidazione...)

Il Call Center

Per tutte le informazioni è a tua disposizione il nostro CALL CENTER

dal Lunedì al Venerdì dalle 8.00 alle 18.00



gratuito da fisso e da cellulare

Quando chiami il Call Center per informazioni relative a una richiesta di rimborso particolare, devi avere a portata di mano:

- sempre il numero di pratica per cui stai chiamando
- per le pratiche sospese: la lettera di richiesta documenti integrativi
- per le pratiche chiuse e liquidate: la lettera con il dettaglio del rimborso

Il call center potrà darti supporto solo se sarai in possesso di questi documenti.



**Il nostro impegno,
la tua salute.**