



MINI GUIDA

ALLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA
SANITARIA INTEGRATIVA

*Le prestazioni del piano sanitario
sono garantite da:*

Allianz 

FASG&P è il Fondo che fornisce prestazioni di assistenza sanitaria integrative al Servizio Sanitario Nazionale per i lavoratori, e i loro familiari, del settore gomma, cavi elettrici e affini, e delle materie plastiche.

CHI PUÒ ADERIRE A FASG&P

Gli operai, gli impiegati, i quadri e i lavoratori con qualifiche speciali con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato di durata non inferiore a 12 mesi, e con contratto di apprendistato del settore della Gomma Cavi Elettrici e Affini e delle Materie Plastiche, a condizione che abbiano superato il periodo di prova.

Il lavoratore può richiedere l'adesione anche per i figli conviventi fino al compimento del 26imo anno di età, il coniuge e il convivente se, al momento della presentazione della domanda, vive con lui da almeno un anno.

È possibile scegliere tra due opzioni:

- «Nucleo 1» che prevede il lavoratore e un solo membro a scelta
- «Nucleo 2» che prevede il lavoratore e l'intero nucleo.

COME ADERIRE A FASG&P

- 1- scaricare il modulo di adesione dal sito www.fasgep.it
- 2- stampare, compilare e consegnare il modulo alla propria azienda **entro il giorno 15 dell'ultimo mese del trimestre**. Analogamente può essere scaricato e compilato il modulo di iscrizione del proprio nucleo familiare.

DATE EFFETTO ADESIONE A FASG&P

	Compilazione e presentazione modulo adesione da consegnare in azienda	Trimestre di iscrizione con carenza (periodo in cui iniziano le trattenute sulla busta paga. Non si possono ancora effettuare le prestazioni sanitarie)	Inizio copertura assicurativa (mese dal quale decorrono tutte le prestazioni sanitarie del Fondo FasG&P)
1° trimestre	1 ott. – 15 dic.	1 gen. – 31 mar.	1 aprile
2° trimestre	1 gen. – 15 mar.	1 apr. – 30 giu.	1 luglio
3° trimestre	1 apr. – 15 giu.	1 lug. – 30 set.	1 ottobre
4° trimestre	1 lug. – 15 set.	1 ott. – 31 dic.	1 gennaio

ADEMPIMENTI FASG&P

Contribuzione per ciascun lavoratore iscritto	contributo paritetico "una tantum" di € 2,50 contributo paritetico associativo mensile di € 8,00
Contribuzione per ciascun lavoratore + «Nucleo 1»	contributo paritetico "una tantum" di € 2,50 contributo paritetico associativo mensile di € 8,00 + contributo € 16,00 per il nucleo a carico del lavoratore
Contribuzione per ciascun lavoratore + «Nucleo 2»	contributo paritetico "una tantum" di € 2,50 contributo paritetico associativo mensile di € 8,00 + contributo € 24,00 per il nucleo a carico del lavoratore



COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

STRUTTURE CONVENZIONATE

Il piano sanitario prevede per gli iscritti al Fondo FASG&P l'accesso alle prestazioni attraverso le strutture sanitarie convenzionate da **MyAssistance**, partner di Allianz.

L'utilizzo delle strutture convenzionate, oltre a garantire elevati standard in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità, ti offre tanti vantaggi:

- non devi anticipare alcun importo (ad eccezione di quanto previsto dalle singole coperture) perché il pagamento delle prestazioni avviene direttamente attraverso Allianz, alla struttura convenzionata
- riduci al minimo i tempi di attesa tra la richiesta e la prestazione.

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate è disponibile nell'Area Piano Sanitario del sito www.fasgep.it, nell'Area clienti del sito www.myassistance.it, consultando l'app **MyAssistance** o telefonando alla Centrale Operativa.

In caso di necessità di un ricovero, per prenotare una visita, un esame o un trattamento fisioterapico, puoi chiamare direttamente la struttura convenzionata, **specificando di essere iscritto al fondo FASG&P e assistito MyAssistance**, comunicando poi la tua prenotazione a MyAssistance. In alternativa, puoi accedere alla sezione "richiedi diretta" presente nell'Area riservata del sito www.myassistance.it, utilizzare l'app **MyAssistance**, mandare una mail all'indirizzo diretta.fasgep@myassistance.it oppure puoi chiamare il numero verde **800-223355**.

All' accettazione, dovrai presentare alla struttura convenzionata un documento di identità e la prescrizione del medico curante, contenente la diagnosi accertata o presunta e le prestazioni richieste. Infine, per eventuali necessità di modifica o cancellazione dell'appuntamento, puoi inviare una e-mail al seguente indirizzo: diretta.fasgep@myassistance.it

PRESTAZIONI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE

Solo per gli iscritti domiciliati o residenti in una provincia priva di strutture convenzionate, è possibile avvalersi di strutture sanitarie non convenzionate, richiedendo il rimborso della prestazione.

PRESTAZIONI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il Piano sanitario prevede anche la possibilità di avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o delle strutture private accreditate dal S.S.N. In questi casi, è previsto solo il rimborso del ticket.

Come richiedere il rimborso:

tramite l'app **MyAssistance** oppure all'interno dell'Area clienti del sito www.myassistance.it. Se non puoi accedere all'Area riservata o all'app, invia copia della documentazione medica e di spesa a **MyAssistance** – via Raimondo Montecuccoli 20-1 Milano 20147



LE PRESTAZIONI DI FASG&P

RICOVERO PER INTERVENTO CHIRURGICO

RICOVERO: riconosce le spese sostenute nei 90 giorni prima e nei 90 giorni dopo il ricovero, per l'intervento chirurgico, la retta di degenza, l'accompagnatore, l'assistenza medica, i medicinali e le cure. L'elenco completo degli interventi chirurgici e la somma annua a disposizione per ciascun intervento è consultabile sulla *Guida al piano sanitario* su www.fasgep.it.

INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER RICOVERO: se l'assicurato non richiede alcun rimborso, avrà diritto a un'indennità di € 145 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 10 giorni per ogni ricovero.

DIARIA DA CONVALESCENZA PER RICOVERO: se la convalescenza viene prescritta dalla struttura sanitaria al momento delle dimissioni e risulta nella cartella clinica, riconosce una somma di € 50 al giorno per un periodo non superiore a 10 giorni per ogni anno assicurativo e per nucleo familiare.

INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO MEDICO O PER INTERVENTO CHIRURGICO NON COMPRESO

NEL PIANO SANITARIO (*incluso il parto naturale o cesareo e l'aborto terapeutico o spontaneo*): a partire dal 6° giorno di ricovero, prevede un'indennità di € 50 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 30 giorni per ogni ricovero.

LIMITE ANNUO PER LE TRE INDENNITÀ GIORNALIERE:

fino a un massimo di € 10.000 per nucleo familiare.

OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE: riconosce le spese per servizi di ospedalizzazione domiciliare, assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica effettuate nelle strutture convenzionate nei 120 giorni successivi alla data delle dimissioni, a seguito di un ricovero per intervento chirurgico compreso nel Piano sanitario.

LIMITE ANNUO: €10.000 per persona.

ALTA SPECIALIZZAZIONE

COSA PREVEDE: riconosce le spese per una serie di prestazioni diagnostiche e terapeutiche di alta specializzazione extra ricovero (come la TAC, la mammografia, la RMN)

LIMITE ANNUO: € 4.000 per persona.

SCOPERTI: restano a carico dell'assicurato € 25 per ogni accertamento o ciclo di terapia.

Per l'elenco dettagliato consulta la *Guida al piano sanitario* su www.fasgep.it.

VISITE SPECIALISTICHE

COSA PREVEDE: riconosce le spese per tutte le visite specialistiche conseguenti a malattia o infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

LIMITE ANNUO: € 500 per persona.

SCOPERTI: Restano a carico dell'assicurato € 25 per ogni visita specialistica.

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

COSA PREVEDE: riconosce le spese per trattamenti fisioterapici riabilitativi, compresa la fisiokinesiterapia e l'agopuntura, a seguito di malattia o infortunio, purché prescritti dal medico.

LIMITE ANNUO: € 100 per persona.

SCOPERTI: Restano a carico dell'assicurato € 25 per ogni ciclo di terapia.

RIMBORSO TICKET PER ALTA SPECIALIZZAZIONE, VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TRATTAMENTI FISIOTERAPICI

COSA PREVEDE: rimborsa integralmente i ticket per alta specializzazione, visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici.

LIMITE ANNUO: € 1.000 per persona.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

COSA PREVEDE: Riconosce le spese per accertamenti diagnostici a seguito di malattia o infortunio, ad esclusione di quelli odontoiatrici ed ortodontici.

LIMITE ANNUO: € 300 per persona.

SCOPERTI: restano a carico dell'assicurato € 25 per ogni accertamento diagnostico.

CURE ONCOLOGICHE

COSA PREVEDE: riconosce le spese per chemioterapia e terapie radianti. Sono inoltre comprese le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici e le terapie farmacologiche, effettuate sia durante il ricovero sia in day hospital, che in regime di extra ricovero.

LIMITE ANNUO: € 2.000 per persona.

SCOPERTI: nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate, le spese sostenute vengono rimborsate all'80%, in caso di utilizzo di strutture convenzionate, nessun importo è a carico dell'assicurato. In caso di utilizzo del SSN vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari.

PROTESI ORTOPEDICHE E APPARECCHI ACUSTICI

COSA PREVEDE: il rimborso delle spese per l'acquisto di protesi

ortopediche e acustiche.

LIMITE ANNUO: € 2.000 per persona.

SCOPERTO: resta a carico dell'assicurato uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di € 100 per fattura/persona.

LENTI

COSA PREVEDE: il rimborso delle spese per l'acquisto di lenti correttive di occhiali e lenti a contatto. In caso di acquisto di occhiali la relativa fattura dovrà riportare distintamente l'importo delle lenti e quello della montatura.

LIMITE ANNUO: € 75 per nucleo familiare. È necessaria la prescrizione dell'oculista o la certificazione dell'ottico attestante la variazione del visus.

ODONTOIATRIA/ORTODONZIA

COSA PREVEDE: paga le spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche e terapie conservative, comprese le visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale.

LIMITE ANNUO:

- € 250 per lavoratore iscritto
 - € 300 per nucleo 1 (lavoratore iscritto + 1 componente)
 - € 350 per nucleo 2 (lavoratore iscritto + 2 o più componenti).
- SCOPERTO:** resta a carico dell'assicurato uno scoperto del 20% per fattura/persona. In caso di utilizzo di strutture del SSN vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari.

CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

COSA PREVEDE: paga le spese per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di infortunio, solo in presenza del referto del pronto soccorso.

LIMITE ANNUO: € 1.000 per nucleo familiare.

SCOPERTO: resta a carico dell'assicurato uno scoperto del 20% per fattura/persona. In caso di utilizzo di strutture del SSN vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari.

INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI

COSA PREVEDE: paga le spese per gli interventi chirurgici, compresi i costi relativi all'equipe operatoria, l'assistenza medica, i medicinali, le cure e le rette di degenza.

LIMITE ANNUO: € 3.000 per nucleo familiare.

SCOPERTO: resta a carico dell'assicurato uno scoperto del 20% per fattura/persona. In caso di utilizzo di strutture del SSN vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari. L'elenco completo degli interventi chirurgici è consultabile sulla *Guida al piano sanitario* su www.fasgep.it.

NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/ PERMANENTE

(per assicurati di età minima di 18 anni)

COSA PREVEDE: in caso di non autosufficienza permanente dell'assicurato, il Piano sanitario garantisce, attraverso le strutture sanitarie convenzionate, l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali e, in caso di permanenza in RSA, il rimborso delle spese sostenute.

LIMITE MENSILE: € 300 per massimo 12 mesi.

NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA

(per assicurati di età minima di 18 anni)

COSA PREVEDE: in caso di non autosufficienza temporanea dell'assicurato, il piano sanitario garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma mensile a disposizione.

LIMITE MENSILE: € 300 per massimo 12 mesi.

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

COSA PREVEDE: copre le spese per una serie di prestazioni di prevenzione da effettuare in un'unica soluzione, una volta all'anno, presso le strutture sanitarie convenzionate. Sono incluse, ad esempio, prestazioni di prevenzione cardiovascolare (glicemia, colesterolo, trigliceridi, esame urine, elettrocardiogramma, ecc...) e di prevenzione oncologica (ecotomografia addome, ricerca sangue occulto, mammo- grafia e Pap test per le donne, PSA per gli uomini). L'elenco completo delle prestazioni di prevenzione è consultabile sulla *Guida al Piano Sanitario* sul sito www.fasgep.it.

SERVIZI DI ASSISTENZA E CONSULENZA

COSA PREVEDE: il Piano garantisce una serie di servizi forniti dalla Centrale Operativa di AWP P&C S.A. telefonando al numero verde indicato tutti i giorni dell'anno h24: pareri medici immediati, informazioni sanitarie telefoniche, invio di un medico, invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio, collaboratrice domestica, invio di medicinali a domicilio, rientro dal ricovero di primo soccorso, trasporto in autoambulanza, spesa a domicilio, parere medico.

PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE

Nei casi in cui la prestazione non sia prevista dal piano è comunque possibile avvalersi delle strutture convenzionate beneficiando delle tariffe riservate agli **iscritti al Fondo FASG&P e assistiti Allianz-MyAssistance**.

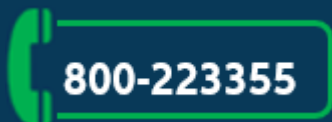
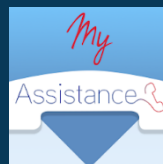


Foro Buonaparte, 59
20121 Milano
info@fasgep.it
Tel. 02 45377180

www.fasgep.it

**PER PRENOTARE PRESSO UNA STRUTTURA CONVENZIONATA,
RICHIEDERE IL RIMBORSO DELLA PRESTAZIONE O OTTENERE
MAGGIORI INFORMAZIONI VAI SU:**

- www.myassistance.it
- Scarica l'app **MyAssistance**
Per chiedere un rimborso o una diretta basta una foto
- Oppure contatta il Numero Verde



dall'estero: prefisso per l'Italia + 39 02 89 040 744
orari: 8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

