



Questo incidente o questa malattia hanno permesso all'assicurato di beneficiare di un esonero del ticket? \_\_\_\_\_  
Se sì, in quale data? \_\_\_\_\_

Hanno comportato il riconoscimento, da parte del Servizio Sanitario o altro Ente Statale, di un'invalità permanente? \_\_\_\_\_  
Se sì, in quale data? \_\_\_\_\_

**In caso di risposte affermative, allegare la copia del titolo.**

Spostarsi (all'interno della residenza abituale)	<input type="radio"/> da solo, senza aiuto di terzi <input type="radio"/> da solo, con l'utilizzo di ausili (indicare gli ausili) _____ <input type="radio"/> da solo, ma necessita di assistenza nei passaggi posturali ( indicare i passaggi) _____ <input type="radio"/> Passivo, non autonomo
Vestirsi	<input type="radio"/> si può vestire da solo <input type="radio"/> necessita di aiuto per alcuni indumenti specifici (indicare quali) _____ <input type="radio"/> necessita di aiuto per vestire la parte superiore o inferiore del corpo <input type="radio"/> necessita di aiuto per vestire sia la parte superiore che quella inferiore del corpo
Lavarsi	<input type="radio"/> si lava da solo <input type="radio"/> deve essere aiutato per lavare la parte inferiore del corpo <input type="radio"/> deve essere aiutato per lavare la parte superiore del corpo <input type="radio"/> necessita di aiuto solo per determinati atti di igiene (indicare quali) _____ <input type="radio"/> necessita di aiuto totale
Pasti (preparazione esclusa)	<input type="radio"/> può servirsi e mangiare da solo <input type="radio"/> deve essere aiutato solo per servirsi (tagliare gli alimenti, aprire le confezioni) <input type="radio"/> con aiuto totale <input type="radio"/> con sonda
Turbe del comportamento	<input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> episodiche <input type="radio"/> frequenti <input type="radio"/> permanenti
Orientamento (temporale e spaziale)	<input type="radio"/> buono <input type="radio"/> perturbato in circostanze non abituali <input type="radio"/> totalmente disorientato
Comprensione	<input type="radio"/> ordini complessi <input type="radio"/> ordini semplici <input type="radio"/> nessuna
Espressione	<input type="radio"/> normale <input type="radio"/> orale ridotta <input type="radio"/> gestuale o nessuna

Questa situazione è:

- DEFINITIVA
- SUSCETTIBILE DI MIGLIORAMENTO
- SUSCETTIBILE DI AGGRAVAMENTO

Qualità della/delle persone che dispensano l'assistenza: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Natura e frequenza dei loro interventi: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ Timbro e firma del medico \_\_\_\_\_

Inviare il presente modulo compilato e firmato in ogni sua parte a  
**F.I.D.A. - Via Flavia, 3 - 00187 Roma**

## **GARANZIA PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA** (Garanzia prevista per i soli iscritti titolari, esclusi i familiari)

Nel momento in cui si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi dell'art. "Definizione dello stato di non autosufficienza", l'iscritto, o qualsiasi altra persona del suo ambiente familiare, dovrà produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'iscritto.

Il fascicolo di richiesta di apertura delle prestazioni dovrà contenere un certificato del medico curante o del medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'iscritto, la data della sua sopravvenienza e che precisa l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni.

In risposta, il F.I.D.A. invia un questionario medico al medico curante o ospedaliero tramite l'iscritto o un suo rappresentante.

Tale questionario dovrà essere compilato dal medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente del malato. Il medico dovrà, inoltre, fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero e il risultato degli esami complementari effettuati.

In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein).

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'iscritto, dovrà essere inviata al F.I.D.A.

Quest'ultimo analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'iscritto;
- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza sembrano insufficienti;

Il F.I.D.A. avrà sempre la possibilità di far verificare lo stato di non autosufficienza dell'iscritto da parte di un medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti risultati necessari.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà di nuovo essere esaminato dal Fondo quando:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dell'ultima valutazione;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustificano l'aggravarsi dello stato di salute dell'iscritto intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione;
- il contratto sia ancora in vigore.

## **RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE**

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte del fondo secondo le condizioni dell'articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'iscritto che si trovi in stato di non autosufficienza, a richiedere il rimborso delle spese sostenute per prestazioni sanitarie o di assistenza (su presentazioni di fatture, ricevute in originale) entro i limiti previsti dall'articolo "Somma assicurata".

Il fascicolo di richiesta di rimborso spese dovrà contenere la seguente documentazione:

- modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extra ricovero.

Il pagamento di quanto spettante all'iscritto viene effettuato a cura ultimata, previa consegna al F.I.D.A. della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

Il fondo si riserva la facoltà di procedere in ogni momento ad un controllo dello stato di salute dell'iscritto e in particolare di farlo esaminare da un medico di sua scelta.

Potrà, inoltre, richiedere comunicazione di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute del beneficiario. In caso di rifiuto da parte dell'iscritto di sottoporsi ad un controllo o di comunicare i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso.