

Verona, 26 novembre 2019

## Circolare n°5/2019

**Oggetto: “ Chiarimenti sui criteri per la determinazione della condizione necessarie per il rimborso ordinario di medicinali e per l’innalzamento del massimale per fisioterapie”.**

Alla luce di alcune perplessità interpretative, manifestate dagli iscritti, e per favorire la corretta istruttoria delle pratiche in oggetto con la presente si ricorda che, a seguito dell’approvazione delle modifiche regolamentari proposte dal C.d.A del Fondo in seno all’Assemblea dei Soci del 25 giugno 2019, **dal 1 luglio 2019** è stato sospeso il rimborso ordinario dei medicinali, salvo i **casi gravi** previsti dal Regolamento.

Resta ferma la possibilità di un rimborso delle spese per farmaci **mediante A.S.A** (fino al 100% dell’importo), sempre nei limiti della capienza della dotazione A.S.A individuale, presentando il **solo scontrino** parlante (non è necessario il certificato medico ed il modulo con le fustelle delle confezioni).

Di seguito invece si forniscono i criteri e le modalità per il rimborso **ordinario** (70%), ovviamente sempre integrabile con A.S.A. nei limiti predetti, per le situazioni definite dal Regolamento sia per medicinali sia per il massimale sulle cure fisioterapiche e di cui, per comodità di lettura, di seguito se ne riporta lo stralcio di interesse.

### **Art. 3 PRESTAZIONI**

*...omissis...*

**b)** - *Trattamenti fisioterapici (anche riabilitativi e rieducativi) a seguito di infortunio **grave**, ictus, intervento chirurgico, forme neurologiche degenerative, neuro-miopatiche, oncologiche e invalidità fisiche permanenti accertate (con percentuale di invalidità non inferiore all’80%): 70% della spesa (100% se ticket) con un massimale annuo di euro 2.000,00;*

*- Trattamenti fisioterapici (anche riabilitativi e rieducativi) al di fuori dei casi di cui all’alinea precedente: 70% della spesa sostenuta (100% se ticket) con un massimale annuo di euro 700,00;*

**c)** *....omissis.... (rimborso ordinario dei medicinali)*

*- Per acquisti effettuati dal 1.7.2019: medicinali elencati nella farmacopea ufficiale, riferiti alla propria patologia, nei casi di intervento chirurgico, ictus, forme neurologiche degenerative, neuro-miopatiche, oncologiche e invalidità fisiche permanenti accertate (con percentuale di invalidità non inferiore all’ 80%): 70% della spesa sostenuta con un massimale annuo di euro 2.000;*

In altri termini: il massimale per le cure terapiche viene elevato ad €. 2.000 se sussistono le condizioni di cui alla lettera b) dell’Art.3.

In particolare nel caso di infortunio ai fini della determinazione della “gravità” è necessaria la certificazione da parte del medico curante che si tratta di infortunio grave, comportante cioè forti limitazioni alla autosufficienza (impossibilità allo svolgimento dei principali atti della vita quotidiana, quali alimentarsi, muoversi, pulirsi, ecc.). In ogni caso il Fondo si riserva di valutare la gravità in funzione della documentazione clinica prodotta.

Per i farmaci invece devono essere diagnosticate le patologie o l’invalidità di cui al comma c) dell’Art. 3 dianzi citato.

## **DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE**

### Innalzamento massimale per le cure fisioterapiche:

- 1) Documentazione attestante l’infortunio o l’intervento chirurgico o la patologia (diagnosi del medico curante e esito degli esami diagnostici relativi all’evento traumatico o referto del pronto soccorso, ecc.);
- 2) In caso di infortunio: certificazione di gravità con specifica indicazione delle forti limitazioni alla autosufficienza (come sopra specificato).
- 3) Prescrizione del ciclo di cure fisioterapiche da parte del medico di base o medico specialista;
- 4) Fatture **sanitarie** della struttura presso cui sono state eseguite le prestazioni con specifica descrizione dei trattamenti effettuati, possibilmente con il numero delle sedute e l’importo unitario.

### Prestazioni ordinarie di rimborso dei medicinali:

- 1) Attestazione da parte del medico di base o altro specialista della sussistenza di una delle patologie di cui all’Art. 3 comma c) (ictus, forme neurologiche degenerative, neuro-miopatiche, oncologiche) o dell’intervento chirurgico subito o l’esito dell’accertamento svolto all’INPS con l’attribuzione di invalidità fisiche pari o superiori all’80%;
- 2) Prescrizione medica del farmaco con indicazione che lo stesso è necessario a causa diretta od indiretta della patologia, intervento chirurgico o dell’invalidità;
- 3) Scontrino fiscale parlante (completo di codice fiscale dell’interessato dalle precedenti condizioni) e fustelle se presenti sulle confezioni, utilizzando l’ordinario modulo.

Per il Fondo Assistenza  
(Il Presidente)