

A TUTTI I SOCI

Verona, 24 febbraio 2020

Circolare n°1/2020

Oggetto:

- 1. Integrazioni al regolamento con validità 1/03/2020: nuovo massimale per singola visita specialistica e seduta psicoterapica**
- 2. Chiarimenti su rimborso medicinali ed innalzamento massimale trattamenti fisioterapici in particolari situazioni.**

Preliminarmente si chiarisce che il C.d.A del Fondo, alla luce delle proiezioni per l'anno 2019 di un ulteriore sbilancio tecnico negativo fra contributi incassati e prestazioni erogate, ha inteso introdurre alcune variazioni al Regolamento, volte a proseguire il percorso di efficientamento delle spese del Fondo nel più ampio contesto di tutela del principio solidaristico che caratterizza la nostra forma di assistenza sanitaria.

- 1. Integrazioni al regolamento con validità 1/03/2020: nuovo massimale per singola visita specialistica e seduta psicoterapica**

In relazione a quanto deliberato dal Consiglio di amministrazione del Fondo scrivente siamo a comunicare che, a far data dal 1/03/2020, e quindi per le spese sostenute successivamente a tale data, opereranno due nuovi limiti del rimborso per singola prestazione sanitaria in caso di visita medica e seduta psicoterapica.

Di seguito i massimali introdotti:

- a) Rimborso massimo per **singola** visita specialistica **€. 140** (il rimborso sarà quindi pari al 70% della spesa sostenuta per singola visita non eccedente gli €. 200).
- b) Rimborso massimo per **singola** visita/seduta psicoterapica **€. 60** (il rimborso sarà quindi pari al 70% della spesa sostenuta per singola visita non eccedente gli €. 85,71).

Si conferma che restano invariati i massimali annui di rimborso per le prestazioni specialistiche, accertamenti diagnostici, ticket prestazioni psicoterapiche, pari ad €. 2.500.

Anche in relazione alle predette novità, si ribadisce che sarà quindi necessario, come già nel passato, che, in ogni fattura/ricevuta fiscale o con distinta certificazione dello specialista, siano indicati, oltre alla tipologia di visita specialistica (es. visita urologica, visita psicologica, ecc., vedi nomenclatore di cui all'allegato B del documento "Prestazioni e Sussidi") anche il numero di visite o di sedute psicoterapiche eseguite e il loro importo unitario. In **assenza** di detta specifica il fondo considererà la prestazione come **unitaria** e l'intero importo in fattura sarà ad essa riferito.

Ovviamente la parte rimasta a carico del socio potrà essere integrata sino a concorrenza con il totale della spesa e nei limiti individuali della dotazione costituita mediante gli eventuali accantonamenti ASA.

Dette variazioni, efficaci dal 1/03/2020, saranno recepite nel Regolamento e poste a ratifica in sede assembleare.

Stralcio Articolo 3 commi b) e c) del Regolamento

Per una **migliore comprensione** del successivo **punto 2**. Si riporta di seguito lo stralcio dell'Articolo 3, commi b) e c) del Regolamento ad esso riferibile.

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;*

2. Chiarimenti su rimborso medicinali e innalzamento massimale trattamenti in particolari situazioni.

Per quanto riguarda l'innalzamento del massimale per i trattamenti fisioterapici si è disposto che:

- a) Per la determinazione della gravità dell'infortunio sarà necessario che il medico di base o altro medico specialista della patologia dichiari l'impossibilità di svolgimento autonomo, dopo l'intervento sanitario, in concomitanza dell'evento infortunistico o chirurgico, di **almeno due delle seguenti tre funzioni** principali della vita quotidiana: alimentarsi, muoversi o provvedere alla propria igiene personale. La prescrizione va rinnovata ogni 12 mesi;
- b) Per la fattispecie oncologica, l'aumento del massimale opera per il **quinquennio successivo** alla diagnosi della patologia. Ove detta patologia persista oltre il quinto anno dalla diagnosi, la predetta persistenza dovrà essere certificata dal medico di base. Il Consiglio si riserva di valutare eventuali situazioni non completamente aderenti ai predetti principi, ma che presentino comunque necessità, legata alla patologia contratta, di trattamenti fisioterapici importanti;

- c) Anche per le forme neuro-miopatiche è necessaria la condizione, da certificare da parte del medico di base o, in questo caso, anche dallo specialista, che siano degenerative;
- d) Per le invalidità con percentuale non inferiore all'80% e per gli interventi chirurgici il trattamento fisioterapico deve essere connesso alla/alle patologia/e che hanno determinato il riconoscimento dell'invalidità o agli esiti dell'intervento chirurgico, per questi ultimi per un periodo di 12 mesi dall'intervento, estendibile con prescrizione medica di ulteriori 12 mesi.

I predetti chiarimenti saranno recepiti sia nel Regolamento, che nel documento Prestazioni e Sussidi, che provvederemo nel breve ad aggiornare e pubblicare, dandone notizia ai soci.

Per quanto riguarda il rimborso ordinario dei farmaci il C.d.A. del Fondo non ha apportato modifiche alla normativa vigente, ma intende sottolineare in questa sede, come previsto dal Regolamento, che i medicinali elencati nella farmacopea ufficiale, **devono essere riferiti esplicitamente, nella prescrizione effettuata dal medico, alla patologia o condizione che ne ha generato il diritto al rimborso ordinario** (intervento chirurgico, ictus, forme neurologiche degenerative, neuro-miopatiche degenerative, oncologiche nel quinquennio dalla diagnosi o persistenti dopo il quinquennio, o relative alla/alle patologia/e che hanno determinato il riconoscimento dell'invalidità)

Informazioni generali

Da ultimo si coglie l'occasione per ricordare che per il rimborso delle visite è richiesta necessariamente **l'identificazione della specializzazione del medico e del tipo di visita erogata**, che deve essere coerente con la specialità del medico, poiché per visite mediche specialistiche si intendono le visite effettuate da specialisti della patologia o dell'apparato fisico interessato dalla patologia.

Ciò perché il servizio di visita medica generica non erogato da uno specialista in materia viene fornito, a tutti, gratuitamente dal medico di base, senza particolari disagi per il socio.

Si informa inoltre che, per disposizione di legge, la comunicazione all'Agenzia delle Entrate delle spese rimborsate afferisce alle erogazioni dell'anno oggetto di dichiarazione (principio di cassa, cioè quelle pagate nell'anno di competenza della dichiarazione). Si invitano, quindi, i soci a verificare la corretta imputazione in sede di dichiarazione dei redditi dei rimborsi ricevuti l'anno successivo a quello in cui sono stati sostenuti i costi.

Distinti saluti

**Fondo Assistenza fra il Personale
del Gruppo Banco Popolare
(Il Presidente)**