

MODIFICHE AL TESTO UNICO NORMATIVO ASSILT

Le modifiche al Testo Unico Normativo ASSILT (C.d.A. del 29 ottobre 2015 e Assemblea dei Rappresentanti dell' 11 novembre 2015) hanno data di decorrenza **1° Gennaio 2016** (data della fattura).

Partendo dalla **Parte I** relativa l'adesione all'Associazione, le modifiche apportate al testo, sono le seguenti:

Precisato al **Punto 1** (*Destinatari, Soci e Beneficiari*) dell'**Articolo 2** che i Destinatari possono aderire all'Associazione anche se iscritti ad altra forma di assistenza sanitaria integrativa. Rimane invariato, invece, che i Beneficiari non possono aderire se già iscritti ad altri Fondi Sanitari o Associazioni.

I Beneficiari maggiorenni che si iscrivono per la prima volta all'Associazione devono presentare il certificato storico anagrafico attestante la comune residenza di almeno 12 mesi (ad esclusi dei coniugi) . Inoltre tutti i beneficiari maggiorenni che si iscrivono per la prima volta devono presentare il certificato reddituale.

Al **Punto 3** (*Verifiche amministrative*) dell' **Articolo 3** è stato precisato che il recupero degli importi indebitamente percepiti dai soci sottoposti ad accertamento amministrativo, vale per tutte le tipologie di verifica (indebite iscrizioni, falsificazioni di documenti, ecc.).

Inoltre, ASSILT si riserva il diritto di richiedere la documentazione originale anche prima della relativa liquidazione.

Alla **Parte II** del testo normativo partendo dall'**articolo 5** (*Contributo alla spesa sanitaria*) è stato precisato che quanto erogato dall'Associazione per ogni prestazione, sommato a quello eventualmente riconosciuto dai Fondi o da Assicurazioni, non può superare la spesa sostenuta dal Socio.

Definito che anche le richieste di erogazione straordinaria devono essere inoltrate alla Linea Sanitaria tempestivamente e comunque non oltre il termine del 28 febbraio dell'anno successivo.

Eventuali modifiche della documentazione di spesa già liquidata potranno essere presentati al service amministrativo entro e non oltre 60 giorni dalla data della fattura.

Sono escluse da tale limite le documentazione di spesa relativa le prestazioni temporizzate (odontoiatria), per le quali dovrà essere presentata, oltre alla certificazione che giustifichi la modifica, un idoneo supporto diagnostico che confermi quanto certificato.

L'**articolo 7** (*Documentazione sanitaria e fiscale*) è variato con la precisazione che le specifiche specializzazioni e le figure professionali che ASSILT sceglie di riconoscere, al fine dell'erogazione dei previsti contributi, sono definite per ogni tipologia di prestazione e precisate nei singoli punti del Testo Unico Normativo.

E' stata eliminata la figura del Direttore Sanitario, oggi indispensabile per le fatture rilasciate da una struttura sanitaria privata, ed inserita la necessità di far indicare in tutte le tipologie di documentazione fiscale (*scontrini, fatture, ricevute di spesa, ecc.*) la Partita IVA o il codice fiscale del professionista, della struttura o del rivenditore (*informazioni richieste anche dall'Agenzia delle Entrate a tutti i Fondi Sanitari*).

Le modifiche apportate alle varie voci dell'**Articolo 10** circa le Prestazioni sanitarie non soggette ad autorizzazione della Linea Sanitaria partono dal **Punto 1** (*Cure Odontoiatriche e Ortodontiche*) dove è stato precisato che il tariffario odontoiatrico è parte integrante del testo normativo (tariffe e modalità di erogazione) e allineata la normativa con precisazioni già definite con le note a chiarimento o inserite nei modelli odontoiatrici.

Per quanto attiene gli anticipi sono stati rivisti gli importi che danno diritto all'erogazione da 2.000 euro a 1.500 per le cure odontoiatriche e da 900 a 600 per gli anni di cura ortodontica.

Rivisto anche il numero di rate entro cui restituire un importo erogato a titolo di anticipazione da 36 a 48 rate.

Considerate le reali difficoltà dei soci ad ottenere i certificati o ulteriori fatture se le cure sono eseguite in ambito pubblico - cosa, invece, possibile per le cure eseguite in ambito privato - per le **prestazioni ortodontiche** eseguite in ambito pubblico sarà possibile richiedere il contributo anche prima della conclusione dei lavori (contributi concessi una volta nella vita associativa).

Per le **prestazioni odontoiatriche** eseguite in ambito pubblico, invece, verranno concessi contributi previa presentazione di una dichiarazione della struttura o del socio con l'indicazione della data presunta di fine cura. A distanza di 18 mesi ASSILT potrà eseguire i relativi accertamenti. Il socio è tenuto a restituire la somma eccedente nel caso in cui i lavori non fossero completamente eseguiti.

Precisato che il contributo per la "Distrazione osteo-alveolare" potrà essere erogato per entrambi le emiarcate inferiori in caso di "edentulia bilaterale posteriore" previa valutazione del Consulente Nazionale Odontoiatrico.

Precisato che nel caso di fatturazioni che anticipino la reale esecuzione delle cure, tranne per i casi già sopra citati di terapie eseguite in ambito pubblico, il rimborso dovrà essere presentato alla fine della cura completo di una certificazione medica che lo attesti e una fattura a saldo delle cure realmente realizzate (*dalla data della fattura a saldo decorre la temporizzazione*).

Per maggior chiarezza nei piani di cura dovrà essere evidente la data di inizio e fine cura (*adeguati i modelli odontoiatrici*).

E' stato eliminata la voce "corona a giacca in ceramica vetrosa" con un contributo inferiore rispetto alle altre due tipologie di corone in lega preziosa e non preziosa.

Inserita una specifica voce di spesa per il rimborso dell'estrazione di un dente soprannumerario.

Nel **Punto 2** (*Occhiali e lenti a contatto*) è stata semplificata la documentazione necessaria al fine di ottenere il contributo prevedendo la sola prescrizione del medico specialista oculista con l'indicazione del difetto visivo (indispensabile per tutte le tipologie di lenti). Non essendo, quindi, più necessario il consiglio all'uso dei vari tipi di occhiali, equilibrati i contributi in modo da erogare la stessa tariffa in caso di acquisto di due paia di occhiali (lontano e vicino) o nel caso di acquisto di occhiali bifocali o multifocali:

- Montatura e lenti per lontano o per vicino incluse le correzioni prismatiche: contributo (80% della spesa) fino al massimo di euro 175,00 ciascuno;
- Montatura e lenti bifocali, progressivi o multifocali: contributo (80% della spesa) fino al massimo di euro 350,00 (*stesso contributo per tutti i difetti visivi*)

Per le lenti per afachici (contributo maggiore rispetto alle altre protesi) è necessario, invece, che nella prescrizione medica sia rilevabile questa particolare patologia.

Per quanto riguarda, invece, la documentazione di spesa (*scontrino fiscale o fattura*) rilasciata dall'ottico è sufficiente, per capire che sono stati acquistati occhiali da vista, che sia precisato il tipo di protesi acquistata (lontano, vicino, prismatiche, ecc.) e non più le diottrie.

In alternativa l'ottico può sempre indicare che le lenti acquistate corrispondono alla prescrizione medica, oppure il socio può allegare alla documentazione il "certificato di conformità" debitamente compilato a garanzia che gli occhiali sono stati confezionati nel rispetto della prescrizione del medico oculista.

Precisato che nel caso in cui il socio presenti oltre alla fattura anche uno o più scontrini fiscali, al fine della liquidazione del relativo contributo e della temporizzazione, sarà presa in considerazione la data dell'ultima ricevuta di spesa emessa dall'Ottico.

Al **Punto 3** (*Protesi e presidi sanitari*), le calzature su misura possono essere prescritte e fatturate anche dallo stesso medico specialista oltre che dai laboratori ortopedici. Inserita la specializzazione in Neurochirurgia. Eliminata, invece, la possibilità di riconoscere contributi per l'acquisto on line di tali presidi erroneamente inclusi.

Semplificati i rimborsi per l'acquisto di parrucche superando la prescrizione del medico e confermando la necessità di presentare la certificazione della patologia che dà diritto ai contributi.

Per i contenitori elastici speciali inserita la specializzazione in Medicina Interna e altre due patologie che danno diritto al riconoscimento dei contributi (*trombosi venosa profonda, linfedema primario congenito o linfedema secondario*).

Per le *Prestazioni specialistiche e gli accertamenti diagnostici* al **Punto 4** è stata inserita una specifica voce di spesa per le prestazioni specialistiche di diagnostica per le quali vengono applicati degli sconti senza precisare il costo

analitico dei singoli esami se non sottoposte a vincoli di temporizzazione. Si riconoscerà un contributo del 65% della spesa sostenuta entro un importo massimo concedibile per ogni fattura di Euro 150,00. Questo non dovrà comportare il riconoscimento di contributi per prestazioni non previste oppure superiori rispetto a quello comunque indicato nel Tariffario.

Per quanto riguarda il tariffario delle prestazioni specialistiche inserito il limite di 5 sedute ogni 12 mesi per le "Asportazione chirurgiche ambulatoriali". Inserita una specifica voce per l'esame citologico e per tutte le tipologie di esami endoscopici (gastroscopia, colonscopia, ecc.).

Precisate, inoltre, le figure professionali che possono eseguire la rieducazione respiratoria (terapisti della riabilitazione) e la riabilitazione del pavimento pelvico (terapisti della riabilitazione e ostetriche).

Per gli *Esami di laboratorio* al **Punto 5** precisato che il prelievo venoso è incluso nei contributi massimo erogabile ogni 12 mesi.

Per i *farmaci* del Prontuario farmaceutico (**Punto 6**) è stato precisato che se nella prescrizione medica è riportata la "molecola" e non il "farmaco" il farmacista deve dichiarare che quanto acquistato corrisponde a quanto prescritto. Diversamente non è possibile individuare il prodotto acquistato e quindi erogare i previsti contributi.

Negli scontrini fiscali rilasciati dalla farmacia si deve evincere il codice fiscale del soggetto (socio o beneficiario) al quale sono stati prescritti i farmaci, ad eccezione dei casi in cui nello scontrino fiscale sia inserito il codice fiscale del socio e i farmaci siano prescritti a un figlio minorenne iscritto all'Associazione.

Per quanto riguarda gli estratti desensibilizzanti inserita la specializzazione in Otorino erroneamente omessa.

(Il Prontuario Farmaceutico verrà aggiornato con tutti i prodotti in commercio rispetto alle molecole già definite dal C.d.A. con data di decorrenza 1° gennaio 2016).

Per i *Ticket sanitari* (**Punto 7**) precisato che la "fecondazione assistita" eseguita in ambito pubblico con il pagamento di un ticket sanitario è inquadrabile nell'ambito dei contributi erogabili nella branca "Ticket sanitari" senza nessun limite di atti.

Precisato, inoltre, che sono erogabili contributi per le "quote ricetta" dovute dai cittadini per il risanamento dei bilanci regionali; e che le prestazioni eseguite in strutture pubbliche, ma in regime privato, sono liquidate secondo quanto indicato nel testo normativo e non come ticket sanitari.

Per la Terapia iniettiva (Punto 8) eliminata la specializzazione in Algologia e Radiologia (anche le altre norme sono state così adeguate).

Inserita una voce specifica per le infiltrazioni nelle articolazioni di sostanze terapeutiche lubrificanti (acido ialuronico e pappa piastrinica) con un limite di due sedute annue. Oltre è necessaria la valutazione della Linea Sanitaria.

Precisato che i contributi per l'Agopuntura verranno riconosciuti solo se eseguiti da Laureati in Medicina e Chirurgia abilitati in Italia a eseguire questo atto medico.

Per le *Visite mediche specialistiche* (**Punto 9**) se dalla documentazione di spesa si evince che lo stesso specialista ha eseguito la visita e successivamente la prestazione (esempio infiltrazioni), non è necessario presentare la prescrizione medica. Questo già accade nel caso in cui la visita e le prestazioni sono presenti nella stessa fattura.

Nel caso di visite mediche specialistiche eseguite presso strutture sanitarie in regime intramurario - dove il costo dell'utilizzo dello studio viene fatturato separatamente dalla prestazione sanitaria, se dalla due ricevute di spesa si evince che le spese sono correlate, al fine del rimborso, l'importo delle due fatture dovrà essere sommato.

La Terapia fisica (Punto 11) eliminata la specializzazione in Algologia (anche le altre norme sono state così adeguate).

Al **Punto 15 (Ostetricia)** è stato inserito il "parto cesareo" oltre al già presente "parto naturale" (senza autorizzazione della Linea Sanitaria) con gli stessi contributi previsti per gli altri interventi chirurgici:

- 60% della spesa relativa all'équipe chirurgica fino ad un massimo di Euro 3.000,00 anziché 3.500,00;
- 50% delle spese relative alla sala parto fino ad un massimo di Euro 700,00 anziché 1.000,00;
- 40% della spesa relativa alla degenza fino ad un massimo di Euro 700,00 anziché 1.500,00.

Creato il nuovo paragrafo *Franchigia (Punto 16)* per precisare che dalla documentazione fiscale si deve poter evincere la spesa totale sostenuta oltre alla franchigia. I contributi saranno riconosciuti nei limiti normativi e tariffari indicati nel testo normativo. In mancanza di un dettaglio non saranno riconosciuti contributi.

Proseguendo l'analisi del testo normativo arriviamo al nuovo **articolo 11** che comprende tutte le prestazioni sanitarie sottoposte alla valutazione della Linea Sanitaria.

Al **Punto 1** (*Assistenza sanitaria domiciliare e/o ospedaliera*) semplificata la modalità di erogazione dei contributi previsti per le terapie della riabilitazione e per i ricoveri in RSA da mensile (euro 500,00) a plafond annuo (euro 6.000,00 - anno solare) per entrambi le voci di spesa.

Al **Punto 3** (*Prestazioni riabilitative ed assistenza ai portatori di disabilità*) precisato che il contributo previsto per la permanenza in strutture di accoglienza è erogabile anche per la sola frequenza.

Al **Punto 9** (*Psicoterapia*) precisato che i piani terapeutici per la rieducazione dei disturbi dell'apprendimento possono essere redatti da professionisti sanitari oltre che da medici.

Al **Punto 10** (*Odontoiatria - Casi di particolare interesse sanitario*) come per il parto cesareo, per la "Chirurgia maxillo - facciale" sono stati allineati i contributi previsti a quanto erogato per gli altri interventi chirurgici eseguiti in regime privato:

- 60% della spesa relativa all'équipe chirurgica fino ad un massimo di Euro 3.000,00 anziché 5.000,00;
- 50% delle spese relative alla sala parto fino ad un massimo di Euro 700,00 anziché 1.000,00;
- 40% della spesa relativa alla degenza fino ad un massimo di Euro 700,00 anziché 1.500,00.

Precisato che questi interventi chirurgici l'Associazione ha scelto di inquadrarli nell'ambito odontoiatrico. Sono, infatti, sottoposti al parere del Consulente Nazionale Odontoiatrico. Non sono, pertanto, erogabili contributi a titolo di erogazioni straordinarie come per tutte le altre prestazioni odontoiatriche.

Per quanto riguarda la *Riabilitazione da dipendenze da alcool e/o droghe (Punto 12)*, variata la modalità di erogazione dei contributi previsti per le terapie da mensile (euro 800,00) a plafond annuo (euro 9.600,00 - anno solare).

Per gli *Alimenti specifici per gravi patologie (Punto 13)* è stato variato il contributo da € 500,00 a € 250,00 ogni 12 mesi ad integrazione di quanto già offerto dal S.S.N. senza più limiti di tipologia di prodotto acquistato.

Precisato, inoltre, che nel caso di acquisti in punti commerciali specializzati, e non presso farmacie o parafarmacie, è essenziale che la documentazione di spesa sia completa di tutti i dettagli da cui si possa evincere che è stato acquistato un prodotto privo di glutine.

Definito che per i *Prodotti dietetici aproteici* i contributi sono erogabili ai soci con insufficienza renale anche non in trattamento dialitico.

Per i *Ventilatori per la respirazione assistita (Punto 14)* precisato che sono inclusi gli accessori.

Per quanto riguarda le *Altre terapie riabilitative (Punto 15)*, il contributo per l'affitto dell'apparecchio per la magnetoterapia è erogabile per l'intero ciclo di cura non necessariamente "terapia notturna".

Per le *spese di viaggio e pernottamento (Punto 17 e Punto 18)*, laddove previsti, precisato che la Linea Sanitaria per i viaggi individua la tipologia del mezzo tenendo conto delle condizioni fisiche del socio ed i chilometri che deve percorrere per raggiungere la struttura sanitaria di ricovero e/o cura.

Le spese di viaggio devono sempre essere documentate e devono corrispondere al luogo e ai tempi di effettuazione delle prestazioni.

Per i pernottamenti sono esclusi contributi in caso di donazione o oblazioni anche se elargiti per l'ospitalità ricevuta in quanto non equiparabili ad affittacamere autorizzati. Inoltre, non sono erogabili contributi per i pasti.

Per la *Permanenza di un familiare durante i periodi di ricovero (Punto 19)*. In caso di particolari patologie l'esigenza di assistere un familiare durante tutto il periodo deve essere opportunamente documentata dalla struttura di ricovero e non può essere una scelta del familiare.

Rimane, invece, confermato che non serve questa precisazione in caso di disabilità o per soci con età inferiore ai 18 anni.

Inoltre, per tutte le autorizzazioni relative le spese di viaggio e pernottamento concesse la Linea Sanitaria mensilmente informerà il Delegato territorialmente competente, il Consulente Sanitario Nazionale e il Consiglio di Amministrazione.

E' stato creato un nuovo paragrafo *Ausili per incontinenza (Punto 28)* precisando che per i soli casi di invalidità del 100% - in presenza di gravi situazioni di incontinenza - sono erogabili contributi ad integrazione di quanto oggi fornito dal S.S.N. per l'acquisto di materiale assorbente e monouso (75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di euro 600,00 per anno solare).

Alla **terza** e ultima **parte** del testo normativo, le modifiche apportate riguardano l'**Articolo 19** dove é stato precisata la gestione dei riesami.