

PIANO SANITARIO

1. Tipologie di prestazioni erogate dal Fondo

Il Fondo Sani.In.Veneto garantisce ai propri iscritti le prestazioni previste dalla «Tabella Riassuntiva Prestazioni», nomenclatore specifico di ogni tutela, secondo le caratteristiche definite dalle Parti Costituenti del Fondo.

La Tabella Riassuntiva Prestazioni contiene, in caso di tutele volontarie, il dettaglio delle prestazioni contenute in ogni pacchetto sottoscrivibile e le quote di adesione previste.

Il Presente Piano Sanitario interviene a illustrazione degli aspetti tecnico operativi delle suddette prestazioni, secondo quanto già definito dallo Statuto e dal Regolamento del Fondo, che si intendono richiamati nelle linee generali in essi contenute.

È facoltà del Fondo attivare altresì ulteriori prestazioni o campagne o iniziative cd «temporanee» o «straordinarie» in aggiunta al Nomenclatore di riferimento della tutela, temporalmente definite e secondo regole esplicite di funzionamento che possono, vista la diversa natura, anche discostarsi da quanto contenuto nel presente Piano Sanitario.

2. Tipologie di liquidazione

Il Fondo attua delle liquidazioni «a rimborso» della spesa sostenuta o «indennitarie» basate sulla mera effettuazione della prestazione sanitaria senza necessità di dar evidenza di quanto pagato.

Nel caso sia previsto uno scoperto o franchigia, la liquidazione prevedrà una quota, determinata o percentuale, che rimane a carico dell'iscritto. In ogni caso, la liquidazione è consentita nei limiti della quota prevista per la prestazione e dei massimali relativi all'evento o della singola categoria.

La modalità di liquidazione, i massimali e la presenza di eventuali franchigie vengono evidenziate nei documenti «Tabella Riassuntiva Prestazioni» delle tutele di riferimento.

3. Modalità di presentazione DDR (DOMANDA DI RIMBORSO)

È ammessa la presentazione della DDR secondo le seguenti modalità:

- Presentazione in modalità indiretta dopo aver effettuato la prestazione sanitaria, con il supporto della rete sportelli o area iscritto;
- Presentazione in modalità diretta, contestualmente allo svolgimento della prestazione prevista.

In ogni caso, l'iscritto direttamente o tramite lo sportello designato, certifica la situazione oggetto della richiesta, rendendosi responsabile di eventuali dichiarazioni o comportamenti non coerenti con quanto dichiarato contestualmente alla presentazione della DDR.

4. Obblighi dell'iscritto/beneficiario in caso di DDR

In caso di DDR l'iscritto - Beneficiario deve ottemperare ai seguenti obblighi:

- 1) presentare, nei termini di 2 anni dall'emissione del documento di spesa, la Domanda Di Rimborso corredata dalla necessaria documentazione recante evidenza del soggetto beneficiario, della data di effettuazione della prestazione, della tipologia di prestazione sanitaria svolta, della somma sostenuta se prestazione liquidata "a rimborso" e di ogni eventuale ulteriore documentazione richiesta dal Portale del Fondo;
- 2) acconsentire a qualsiasi indagine che il Fondo ritenga necessario attivare per evitare comportamenti fraudolenti o dannosi per il Fondo stesso, ivi compresa la presentazione in originale dei documenti già presentati in copia;
- 3) fornire tutta la documentazione (medica e non) che il Fondo riterrà opportuno acquisire ai fini di una corretta e completa istruttoria della DDR.

L'inadempimento ai suddetti obblighi comporta la perdita totale o parziale del rimborso.

Il Fondo si riserva di compiere verifiche, anche con il metodo c.d. "a campione", in relazione alle DDR già liquidate, con possibilità nel caso in cui la verifica dia esito negativo, di richiedere ed ottenere la restituzione di quanto liquidato all'iscritto-Beneficiario.

La suddetta verifica potrà essere svolta entro 2 anni dalla liquidazione della DDR da parte del Fondo.

5. Competenza soggetti e modalità realizzazione prestazione sanitaria

Saranno liquidabili unicamente prestazioni sanitarie svolte da soggetti in possesso di autorizzazioni e specializzazioni riconosciute dalla normativa vigente.

Le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico (con direttore sanitario), biologo nutrizionista, psicologo, infermiere e fisioterapista non saranno quindi liquidabili.

In merito alla modalità di effettuazione, saranno liquidabili nel Nomenclatore unicamente le prestazioni realizzate «in presenza» vale a dire con la contestuale presenza del professionista sanitario e dell'iscritto beneficiario della prestazione.

6. Reti convenzionate

Il Fondo ha attivato due tipologie di convenzionamento:

- con strutture pubbliche (card blu);
- con strutture sanitarie private (card rossa),

alle quali gli Iscritti-Beneficiari hanno facoltà di rivolgersi per effettuare le prestazioni previste.

Le modalità operative del servizio sono disciplinate dalla guida presente sul sito del fondo www.saninveneto.it.

7. Compresenza di assicurazioni

Non sono previste limitazioni di iscrizione per soggetti che siano iscritti ad altri fondi di assistenza sanitaria integrativa o enti aventi finalità assistenziale, fatto salvo l'obbligo di comunicare al momento di richiesta del rimborso eventuali somme ricevute da altri enti sullo stesso giustificativo di spesa.

In caso di dichiarazione mendace, in base al DPR 445/2000, il Fondo ha facoltà di chiedere la restituzione degli importi non dovuti, fatto salvo ogni eventuale ulteriore danno nato dalla dichiarazione fraudolenta.

8. Massimale di spesa

Il Massimale di spesa erogabile si intende per competenza (data emissione giustificativo), secondo le seguenti tempistiche:

- Il Massimale annuale si intende coincidente con l'anno di calendario (es. 01/01/2024 - 31/12/2024);
- Il massimale triennale si intende coincidente con il piano triennale in gestione (es. attuale 01/01/2023 – 31/12/2025).

9. Estensione Territoriale

Il Fondo Sanitario vale anche al di fuori dei confini nazionali, con l'intesa che l'indennizzo verrà corrisposto in Euro. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE (Banca Centrale Europea).

Se la documentazione sanitaria è in lingua originale, va corredata da una traduzione in italiano; in particolare, se la documentazione è redatta in inglese, francese, tedesco o spagnolo, la traduzione può essere eseguita a cura del contribuente e da lui sottoscritta; se è redatta in una lingua diversa da quelle indicate va corredata da una traduzione giurata da professionista abilitato.

Per la categoria «protesi», «protesi dentarie» e «apparecchio ortodontico», in particolare, è obbligatoria la presentazione della dichiarazione di conformità secondo le procedure descritte nell'allegato XIII del Regolamento UE 2017/745.

La dichiarazione di conformità deve in particolare contenere le seguenti informazioni:

- i dati che consentono di identificare il dispositivo in questione;
- la dichiarazione che il dispositivo è destinato ad essere utilizzato esclusivamente per un determinato paziente, con il nome del paziente;
- il nome del medico o della persona autorizzata che ha prescritto il dispositivo e, se del caso, il nome dell'istituto ospedaliero;
- le caratteristiche specifiche del dispositivo di cui alla prescrizione medica;
- la dichiarazione che il dispositivo è conforme ai requisiti essenziali enunciati nell'allegato I e, se del caso, l'indicazione dei requisiti essenziali che non sono stati interamente rispettati, con debita motivazione.

10. Soggetto beneficiario

Il soggetto beneficiario coincide con l'iscritto, fatto salvo eventuali eccezioni evidenziate espressamente nelle Tabelle Riassuntive delle Prestazioni.

Il Soggetto capo-nucleo può iscrivere tramite tutele volontarie i suoi familiari, in questo caso l'iscritto è il familiare.

Nel caso in cui, durante il periodo di validità della tutela, sopravvenga il decesso dell'iscritto titolare della tutela, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso al Fondo Sanitario e per richiedere il rimborso dei sinistri presentati (o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura) sarà necessario inoltrare la documentazione definita dal Fondo, in linea con la normativa fiscale.

Per le caratteristiche di familiare fiscalmente a carico e non a carico, si precisa che sarà presa a riferimento l'ultima dichiarazione fiscale presentata.

11. Forma e modalità delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni inerenti alle tutele del Fondo dovranno avvenire in lingua italiana.

L'iscritto e il Fondo Sanitario accettano di utilizzare mezzi di comunicazione a distanza (portale del Fondo) per adempiere ai reciproci obblighi relativi alla comunicazione e consegna della documentazione

precontrattuale e contrattuale nonché alla trasmissione di ogni altra comunicazione relativa alla tutela e alle liquidazioni previste.

12. Esclusioni

Sono esclusi dal Fondo Sanitario:

- prestazioni ove non sia possibile identificare univocamente data di esecuzione, competenza del medico, tipologia di struttura che ha svolto la prestazione sanitaria, soggetto interessato dalla prestazione sanitaria e ogni altro aspetto previsto dalla liquidazione;
- prestazioni gratuite o esenti quando la prestazione di riferimento opera «a rimborso»;
- prestazioni in cui non sia possibile ricostruire la somma spesa o l'effettuazione a titolo gratuito per la presenza di una esenzione, ove la prestazione operi «a liquidazione indennitaria»;
- prestazioni inviate con modalità di trasmissione DDR diverse da quelle previste (es. mail, raccomandata o altre forme diverse da quelle specificate);
- documentazione di spesa che non è stata sostenuta dall'iscritto;
- prestazioni con finalità estetiche, cure termali, idroterapiche, fitoterapiche, del benessere;
- spese per parafarmaci e medicinali (esclusa PMA), spese veterinarie;
- spese per certificati medici, bolli o marche da bollo, ritiro cartella clinica;
- visite per patenti di guida, licenze di caccia e pesca, porto d'armi;
- diarie di ricovero per interventi chirurgici o prestazioni propedeutiche l'intervento, effettuate in day hospital, che saranno ricomprese dall'indennizzo forfettario principale;
- ricoveri senza interventi chirurgici (cd «sotto osservazione»);
- diritti di accesso al pronto soccorso senza effettuazione di ulteriore visita, analisi o diagnostica specialistica;
- colloqui con counselor, coach o similari;
- prestazioni eseguite a favore di familiari di primo grado;
- tutte le prestazioni non espressamente comprese nel Nomenclatore.