

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, le quote di adesione previste e il dettaglio delle prestazioni contenute in ogni pacchetto sottoscrivibile e

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, entro il 30/04 dell'anno solare successivo a quello di 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 (policy antiabuso), 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.

10. Altra documentazione

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. Nel caso la dichiarazione di conformità non sia disponibile perché il trattamento non è concluso, è possibile presentare l'ortopanoramica iniziale. In ogni caso come per la dichiarazione di conformità, l'ortopanoramica deve riportare il nome del soggetto che ha subito il trattamento e l'indicazione dei denti interessati.

Nelle prestazioni che prevedono trattamenti ortodontici e protesi dentarie, vi è obbligo di far indicare nella fattura i riferimenti dei denti interessati (metodo ISO). Se l'indicazione non è presente, può essere integrata con una dichiarazione della struttura.

Nella liquidazione delle lenti (occhiali) e delle lenti a contatto è richiesto di allegare la prescrizione del visus da parte del beneficiario. Non sarà chiesto un calo visus peggiorativo ma solo una prescrizione di lenti, anche in costanza di gradazione.

11. 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 per le tutele volontarie, si precisa che sarà presa a riferimento l'ultima dichiarazione fiscale presentata rispetto al momento dell'iscrizione o del rinnovo.

Nei casi previsti di presentazione di autocertificazione ad inizio anno con inserimento e copertura familiare "a carico", la liquidazione sarà disposta solo dopo verifica della stessa da parte del Fondo, tramite richiesta ove non già trasmessa nella domanda di rimborso della dichiarazione fiscale riferita all'anno precedente dell'anno della fattura.

12. 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.

13. 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.

14. Fatture con più prestazioni

In caso di documento fiscale con più prestazioni liquidabili, il Fondo liquiderà solo quelle effettivamente richieste. La verifica se tutte le prestazioni del documento sono state effettivamente richieste rimarrà a carico dell'iscritto o dello sportello che ha presentato la pratica.

In caso di fattura senza indicazione di importi distinti per le varie prestazioni e senza fornire integrazione di altra documentazione formale da parte della stessa struttura che riporta il dettaglio di quanto fatturato, il Fondo liquiderà unicamente la prestazione richiesta.

Nello stesso caso, se sono presenti più richieste per lo stesso documento, il Fondo liquiderà unicamente la prestazione tra le presenti che prevede un importo più alto.

15. Acconti sulla stessa prestazione sanitaria

Si specifica che la quota prevista per il nomenclatore per una determinata prestazione sanitaria si riferisce alla prestazione sanitaria nell'interesse, comprensiva quindi dei trattamenti preparatori e finali.

Eventuali acconti in anni successivi su una medesima prestazione, ad esempio svolta a cavallo di due anni, non danno diritto ad un rimborso multiplo sfruttando i due massimali annuali.

Per ogni prestazione può essere quindi previsto al massimo un rimborso, anche se pagata in più acconti.

16. Soglia minima importo liquidabile

Viene indicata una soglia minima di liquidazione di una prestazione, per poter richiedere una domanda di rimborso, pari a 10,00 euro. Il suddetto limite non opera in caso di liquidazioni cd indennitarie.

17. Policy contro gli abusi nella richiesta di rimborso prestazioni

Il Fondo Sani.In.Veneto realizzerà delle verifiche anti-abuso sulle richieste di rimborso e sulle liquidazioni disposte, al fine di verificare il corretto utilizzo e la coerente richiesta delle prestazioni previste dal Nomenclatore da parte degli iscritti.

In particolare, il CDA del Fondo provvede annualmente a definire dei parametri soglia per ogni categoria (importo liquidato e/o la numerosità media di prestazioni richieste) e al superamento delle suddette soglie la liquidazione verrà sospesa dal sistema in automatico in attesa di presentazione di documentazione integrativa (prescrizione medica, relazione dello specialista in cura o altra documentazione medica prevista dal Fondo) per permettere di comprendere le ragioni, ove esistenti, della richiesta anomala delle prestazioni.

Si precisa che la documentazione riguarderà l'insieme delle prestazioni liquidate dall'inizio dell'anno e non solo le ultime prestazioni oggetto di richiesta di rimborso. In assenza di motivazioni oggettive, documentate da prescrizione medica o da relazione redatta da parte di uno specialista, valutabili e verificabili da parte della commissione medica esterna incaricata, il Fondo non procederà alla liquidazione.

Il Fondo attuerà un controllo a campione sulle liquidazioni sinora disposte degli ultimi due anni, richiedendo la documentazione integrativa e procedendo nel caso al recupero della liquidazione ove si rilevassero degli abusi o delle situazioni di uso incoerente o inappropriate di prestazioni mediche da parte degli iscritti.

18. Sospensione qualifica di iscritto

E' prevista la sospensione della qualifica di iscritto nei seguenti casi:

- Presentazione di domande di rimborso dubbie in merito agli elementi contenuti (beneficiario, tipo di prestazione e numerosità, data effettuazione, struttura sanitaria), fino a che non verranno forniti i necessari chiarimenti o restituiti gli importi erogati in caso di prestazione verificata come non liquidabile;
- Mancata restituzione di liquidazioni errate dopo segnalazione formale fatta dal Fondo o dalla società incaricata;
- Mancato versamento alle scadenze previste delle quote dovute per le tutele volontarie per se stesso o per i propri familiari.

La sospensione inibisce la presentazione di domande di rimborso, l'effettuazione di ordini di iscrizione di familiari o la generazione delle card per accedere alle campagne e convenzionamenti del Fondo fino all'avvenuta regolarizzazione da parte dell'iscritto (pagamento o fornitura chiarimenti richiesti).

In caso di regolarizzazione tardiva, oltre i termini previsti di presentazione annuale della domanda di rimborso, viene meno la possibilità di richiesta.