

POLICY ANTIABUSO ISCRITTI E CONTROLLI LIQUIDAZIONE (V. 05-09-2025)**1. POLITICA CONTROLLI ANTIABUSO 2025 SULLE LIQUIDAZIONI 2024**

In merito ai controlli antiabuso, secondo la procedura prevista dall'art 17 del Piano Sanitario, per l'anno 2025, sulle liquidazioni 2024 e 2023, si propone l'adozione di controlli sui limiti coincidenti con i massimali attualmente in uso, in particolare per le seguenti categorie:

- **CHIRURGIA 125.000 euro**
- **VISITE SPECIALISTICHE: 1.000 euro**
- **ANALISI DI LABORATORIO E DIAGNOSTICA: 8.750 euro**
- **FISIOTERAPIA: 2.500 euro**
- **PROTESI: 1.000 euro**
- **PACCHETTO MATERNITA': 5.000 euro**

Su queste voci verrà effettuato un controllo ulteriore sulla documentazione e sulla necessità medica di queste liquidazioni, che verrà preso alla base per i controlli antiabuso degli anni seguenti.

Questa modalità di azione, progressiva, permetterà da una parte di concentrarsi sui casi più evidenti, approfondendone le problematiche di azione e di assicurare il miglior rapporto tra controlli fatti e volume di liquidazione coinvolto.

Questa azione di controlli antiabuso, così strutturata, permetterà di costruire un parametro di riferimento generale tra la copertura del Fondo anche nelle situazioni più complesse e la progressiva gradazione delle situazioni intermedie.

Questa fase si rivela propedeutica alla definizione dei limiti da introdurre per la richiesta automatica di chiarimenti già nella fase di caricamento della domanda di rimborso, che viene rinviata all'analisi dell'esito delle prime verifiche e congruità delle liquidazioni limite.

2. MODALITA' TECNICA DI RICHIESTA SU LIQUIDAZIONI GIA' DISPOSTE.

Si provvederà all'invio di comunicazioni specifiche via mail nei casi in cui si è raggiunto il massimale previsto, chiedendo di fornire documentazione in merito alla situazione sanitaria (prescrizione medica, relazione di uno specialista in cura).

La comunicazione di richiesta trasmessa, unicamente alla documentazione ricevuta, verrà inserite nel portale del Fondo nell'area iscritto, a memoria del controllo effettuato.

In caso di mancata fornitura o di accertamento di liquidazione non corretta, si provvederà alla sospensione dell'iscritto (art 19), alla comunicazione di diffida e al recupero della somma, fino a che non verranno forniti i necessari chiarimenti o restituiti gli importi erogati in caso di prestazione verificata come non liquidabile.

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 delle domande di rimborso verrà meno la possibilità di richiesta.

3. ALTRE CASISTICHE INTRODOTTE

Fatto salvo quanto previsto dall'art 4 del Piano Sanitario, che rimane vincolante, in riferimento ai principi della policy antibuso e alla possibilità di controlli a posteriori sulle liquidazioni già prevista dal Piano Sanitario in uso fino a 2 anni precedenti da parte del Fondo, la stessa procedura verrà applicata anche per l'attuazione degli stessi interventi contenuti nella delibera del 14/07/2025:

1. Copertura familiare a carico con verifica dichiarazione fiscale (dal 2025; anno N su redditi N-1 per le fatture anno N);
2. Obbligo di indicazione in fattura dei denti coinvolti;
3. Obbligo Ortopanoramica o Dichiarazione di conformità (per protesi dentarie);
4. Acconti sulla stessa prestazione sanitaria (no doppio massimale se pagati in anni diversi);
5. Obbligo prescrizione lenti;