



**CASSA DI ASSISTENZA DEL
GRUPPO BANCO POPOLARE**
ISCRITTA ALL'ANAGRAFE DEI FONDI
SANITARI N PROT. 0019794 DEL 10/06/2010.

A TUTTI GLI ASSOCIATI

Circolare N° 53/2017

Novara, 18 aprile 2017

OGGETTO: ASSISTENZA SANITARIA AGGIUNTIVA

Il verbale di Intesa stipulato tra le Fonti Istitutive della Cassa in data 22 dicembre 2016 ha previsto importanti novità nell'ambito dell'Assistenza Sanitaria Aggiuntiva, prevedendo un significativo ampliamento delle prestazioni rimborsabili, con conseguente modifica dell'elenco di cui all'art. 5 del Regolamento ASA.

Le modifiche apportate, da un lato attribuiscono pieno riconoscimento a tutte le prestazioni effettuate dagli appartenenti alle professioni sanitarie e arti ausiliarie identificate dal Ministero della Salute, di cui all'elenco in Allegato (v. punto 9.a), dall'altro prendono in considerazione un maggior numero di prestazioni individuate come detraibili nell'ambito della vigente normativa fiscale.

E' opportuno ribadire che **le suddette modifiche entrano in vigore con il 1° aprile 2017 e per le spese sostenute a decorrere da tale data.**

L'Intesa citata ha anche espressamente ribadito che è consentito il rimborso in ambito ASA di tutte le spese affrontate in corso d'anno, purché vengano presentate entro il 20 gennaio dell'anno successivo.

Con l'occasione, nell'Allegato alla presente Circolare vengono anche meglio specificate e dettagliate alcune fondamentali regole di natura formale, fiscale e procedurale relative alle domande di rimborso ASA, quali:

- le modalità e i termini di presentazione delle domande di rimborso;
- le condizioni di liquidabilità delle stesse;
- i requisiti formali dei documenti di spesa e il rispetto della normativa fiscale.

Raccomandiamo quindi un'attenta lettura delle allegate note operative ed il rigoroso rispetto delle stesse.

CASSA DI ASSISTENZA DEL GRUPPO
BANCO POPOLARE
Il Presidente
(f.to C. Schiavi)



Allegato alla Circolare n. 53/2017 del 18/04/2017

ASSISTENZA SANITARIA AGGIUNTIVA (A.S.A.) - ISTRUZIONI OPERATIVE 2017 PER LA PRESENTAZIONE E GESTIONE DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO

1. Tipologia di rimborsi

L'Assistenza Sanitaria Aggiuntiva (in seguito "ASA"), come prevede il relativo Regolamento, "è finalizzata a integrare e/o migliorare le prestazioni in materia di spese di assistenza sanitaria, socio-sanitaria, di prevenzione, cura e riabilitazione così come previste nel presente Regolamento, e costituisce pertanto un plus rispetto alla gestione ordinaria".

L'ASA, pertanto, integra e completa la gestione ordinaria: Integra i rimborsi della gestione ordinaria, garantendo – fino a concorrenza dell'importo disponibile sulla propria posizione individuale - la differenza economica tra la spesa sostenuta e il rimborso ottenuto in via ordinaria. Le richieste di rimborso ASA di questo tipo vengono convenzionalmente definite "**miste**".

Inoltre, l'ASA può completare e migliorare le prestazioni offerte in forma ordinaria, garantendo in via esclusiva, nel rispetto delle condizioni regolamentari, il rimborso di una serie di prestazioni non rimborsabili dalla gestione ordinaria. Le richieste di rimborso di questo tipo vengono convenzionalmente definite di "**ASA pura**".

2. Richieste di rimborso "miste"

Sono richieste che vanno presentate secondo i termini e le modalità della gestione ordinaria (Previmedical): qualora la documentazione presentata sia conforme a quanto previsto dalla polizza RBM, le relative spese vengono rimborsate dapprima dalla gestione ordinaria, nel rispetto degli scoperti / franchigie e nel limite dei massimali previsti dal Piano assicurativo di appartenenza (Base-Plus-Extra-Standard-Super), mentre in un secondo tempo la differenza tra il rimborso richiesto e quanto liquidato in via ordinaria verrà rimborsata dall'ASA, sempre che quanto accantonato sulla propria posizione individuale sia capiente al momento della liquidazione.

Modalità di presentazione delle spese: le richieste di rimborso possono essere presentate sia in modalità telematica che cartacea:

- nel primo caso la richiesta andrà inserita nella procedura on line PREVIMEDICAL, ponendo attenzione che sia spuntata la casella di richiesta di integrazione ASA (ovvero senza deselezionare l'opzione preimpostata, che già prevede l'integrazione ASA);
- nel secondo caso si dovrà utilizzare il modulo cartaceo (presente nel sito welfare > Cassa Assistenza Gruppo BP > Come fare per > Richiedere un rimborso > Modulo domanda di rimborso RBM), avendo cura di NON MANIFESTARE esplicitamente la volontà contraria all'attivazione dell'ASA (cioè senza barrare la casella, né sottoscrivere per rinuncia, nel box relativo all'ASA).

3. Richieste di rimborso c.d. "ASA pura"

Si tratta delle richieste presentate direttamente in ASA, che la gestione ordinaria non rimborsa in quanto non previste o escluse dalla polizza, oppure degli importi rimasti a carico dell'Associato (franchigia fissa o scoperto) nell'ambito della forma di assistenza diretta prevista in polizza.

Modalità di presentazione delle spese: utilizzo del modulo cartaceo (presente nel sito welfare > Cassa Assistenza Gruppo BP > Come fare per > Richiedere un rimborso > Modulo domanda di rimborso ASA - CASPOP), allegando tutta la documentazione richiesta in copia.



E' in corso di rilascio una procedura on line anche per le richieste di ASA PURA, nella quale sarà sufficiente allegare la documentazione richiesta scansionata, senza inviare alcun modulo o altra documentazione.

4. Modalità e termini di presentazione delle richieste di rimborso

Tutte le domande di rimborso (sia MISTA che PURA) devono pervenire alla Cassa – Sezione ASA entro il 20 gennaio dell'anno successivo a quello di effettuazione della spesa.

In relazione al rispetto di tale limite temporale, ove – nella gestione ordinaria di presentazione delle richieste (Previmedical) - si verifichi il respingimento di una domanda mista integrabile (possibilità attualmente prevista solo per le richieste telematiche inoltrate da personal computer, e non tramite APP di Previmedical), farà fede:

- la data di presentazione originaria, laddove la domanda venga integrata
- la successiva data di ripresentazione, laddove la domanda medesima non venga integrata.

Rimane ovviamente fermo che in caso di respingimento di una domanda mista non integrabile (domanda cartacea), dovrà sempre farsi riferimento alla data di ripresentazione.

In caso di presentazione di domanda ASA PURA mancante o carente delle firme previste o del modulo di rimborso, la documentazione verrà rispedita al mittente per la dovuta regolarizzazione.

Tutta la documentazione di spesa va prodotta in copia, con dichiarazione da parte del richiedente che trattasi di copia identica all'originale.

5. Liquidabilità delle richieste di rimborso ASA

E' opportuno anzitutto ribadire che una domanda ASA MISTA (cioè presentata nella gestione ordinaria) diviene liquidabile in ASA solo se tale domanda sia conclusa positivamente, mentre nel caso in cui la domanda medesima sia respinta non transiterà in ASA, dal momento che essa potrebbe comunque essere ripresentata (o integrata) nella medesima gestione ordinaria.

Deve peraltro tenersi presente che il trasferimento automatico alla Sezione ASA si verifica comunque nel caso di "respinta automatica" per superamento del massimale previsto in polizza.

Inoltre, è necessario evidenziare, da un lato, che la scelta effettuata nella gestione ordinaria di non volere l'integrazione ASA, comporta la rinuncia definitiva a tale integrazione e, dall'altro, che la liquidazione parziale ASA, dovuta alla capienza insufficiente dell'accantonamento sulla posizione individuale dell'Associato al momento della liquidazione, non consente la riproposizione della domanda di rimborso in un momento successivo.

Occorre infine rammentare che costituisce condizione per la liquidabilità della domanda di rimborso ASA la prestazione del consenso al trattamento dei dati personali (privacy); peraltro, laddove, per mancanza di tale consenso, la richiesta ASA MISTA venga respinta (blocco privacy), la stessa potrà essere ripresentata come richiesta di ASA PURA, previa prestazione ed acquisizione del consenso e nel rispetto dei limiti temporali sopra esposti al punto 4 (20 gennaio dell'anno successivo).

6. Documentazione di spesa: requisiti formali

Le fatture devono recare, a norma di legge, alcuni dati obbligatori quali la data, la numerazione, la denominazione o la ragione sociale dell'emittente, la residenza/domicilio dell'emittente e del destinatario, la natura, la qualità e quantità dei beni/servizi oggetto della prestazione, l'aliquota applicabile, l'indicazione del corrispettivo e dell'imponibile.

In caso di difficoltà ad identificare le prestazioni eseguite e/o il soggetto che le ha eseguite, la Cassa potrà richiedere un'integrazione documentale.



Tutti i documenti di spesa dovranno essere intestati all'effettivo beneficiario della prestazione, anche se minore; fatture/scontrini riportanti un codice fiscale diverso non potranno essere accettati.

In caso di documenti di spesa emessi all'estero, occorre che vengano identificati chiaramente il tipo di prestazione e il soggetto erogante, e che sia possibile risalire agli elementi obbligatori di cui sopra; i documenti di spesa redatti in lingua diversa dall'italiano o dall'inglese dovranno essere presentati corredati dalla relativa traduzione in italiano.

7. Documentazione di spesa: normativa fiscale

Le prestazioni rese nell'esercizio delle professioni e arti sanitarie riconosciute dal Ministero della Salute (vedi il successivo punto 9.) sono rimborsabili dall'ASA se previste dal vigente Regolamento.

A tal fine, è richiesto, affinché possa essere riconosciuto con certezza il carattere sanitario della prestazione, che la fattura rechi l'indicazione dell'esenzione IVA ai sensi dell'art.10 DPR 633/72.

Inoltre, ai sensi dell'art.13 DPR 642/72 (e successive modifiche) ogni fattura, ricevuta, quietanza o documento simile, non soggetta a IVA e di importo superiore a € 77,48, deve essere assoggettata ad imposta di bollo nella misura (attualmente) di € 2,00; qualora l'imposta di bollo sia assolta in modo virtuale, il documento di spesa dovrà riportare, oltre che la specifica dell'assolvimento virtuale di tale imposta, anche l'indicazione dell'Ente che ha autorizzato tale modalità e gli estremi dell'autorizzazione.

Specifichiamo che in caso di trasgressione dell'obbligo di assoggettamento a imposta di bollo, è prevista una sanzione amministrativa, al cui pagamento sono obbligate in solido tutte le parti che sottoscrivono, ricevono, accettano documenti non in regola con l'assolvimento del tributo.

Per quanto sopra, gli Associati dovranno quindi presentare documenti di spesa che riportino:

- Indicazione di esenzione IVA ex art. 10 DPR 633/72
- Assoggettamento all'imposta di bollo (con assolvimento di tale imposta)

Infine, la Legge Finanziaria del 2008 (e successive modifiche) ha previsto per i cd "contribuenti minimi" (cioè gli esercenti un'attività d'impresa o di lavoro autonomo con ricavi inferiori a una determinata cifra stabilita dalla legge) la possibilità di emettere fatture "escluse da IVA"; in tali casi non sarà sufficiente che sia riportata in fattura la dicitura "operazione effettuata ex art. 1 comma 100 Legge 244/2007" (o simile): infatti detta dicitura non certifica il carattere sanitario della prestazione, in quanto tra i contribuenti "minimi" sono incluse tutte le tipologie di imprenditori e professionisti, non solo quelli sanitari.

Nei casi di cui sopra la Cassa dovrà quindi identificare in maniera inequivocabile la prestazione come sanitaria e il professionista come abilitato/riconosciuto dal Ministero della Salute; a tal fine sarà sufficiente farsi rilasciare dal professionista una dichiarazione (dallo stesso timbrata e sottoscritta) del seguente tenore (a titolo esemplificativo): "il sottoscritto, avvalendosi del regime dei cd contribuenti minimi (art.1 comma 100 L244/2007), rilascia fatture sanitarie che, ove non si fosse optato per il suddetto regime, sarebbero esenti IVA ex art.10 n.18 DPR 633/72".

Fanno eccezione a quanto sopra esposto in materia di esenzione IVA e imposta di bollo, le fatture relative a occhiali/lenti, protesi/ausili e presidi, per le quali l'applicazione dell'IVA è invece prevista; in tali casi, tuttavia, farà fede la documentazione identificativa del bene acquistato (ad es. la "dichiarazione di conformità" per occhiali/lenti), che potrà confermare la natura "sanitaria" di tale bene.

In altri casi, il soggetto emittente la fattura, in relazione alla sua ragione sociale, dovrà emettere fatture per prestazioni sanitarie con l'applicazione di una particolare aliquota IVA: in tali casi la Cassa, per poter prendere in considerazione la richiesta, dovrà essere in grado di conoscere la tipologia della prestazione erogata e la qualifica professionale del soggetto che ha eseguito la stessa (a titolo esemplificativo: fattura emessa da una cooperativa sociale, con IVA al 5%, rimborsabile laddove la Cassa abbia appurato trattarsi di prestazione fisioterapica, eseguita da un fisioterapista).



8. Altre modalità di pagamento

La Cassa (Sezione ASA) accetterà anche pagamenti eseguiti con bollettini postali / casse automatiche, che emettono ricevute senza nominativo, nonché bonifici/pagamenti con sistemi web o presso tesorerie, solo se accompagnati da copia della prenotazione o della prescrizione, che consenta di identificare il beneficiario della prestazione.

Le fatture pagate presso filiali del nostro Gruppo dovranno essere accompagnate da copia del documento/ricevuta di avvenuto pagamento.

9. Specifiche riguardanti le prestazioni rimborsabili

Come noto, nel Verbale di Intesa del 22 dicembre 2016 le Parti firmatarie (Fonti Istitutive della Cassa) hanno convenuto di ampliare le prestazioni rimborsabili nell'ambito dell'ASA, di cui all'art. 5 del Regolamento ASA, prevedendone le opportune integrazioni.

Con tale ampliamento, si è voluto, da un lato dare pieno riconoscimento alle prestazioni effettuate dagli appartenenti alle "Professioni sanitarie e arti ausiliarie" identificate dal Ministero della Salute, dall'altro prendere in considerazione un maggior numero di prestazioni individuate come detraibili nell'ambito della vigente normativa fiscale.

Di seguito vengono quindi indicate le spese rimborsabili in ASA ai sensi delle integrazioni apportate al Regolamento, nonché i documenti da presentare, con la specifica che il nuovo elenco delle spese rimborsabili entrerà in vigore con il 1° aprile 2017 e per le spese sostenute a decorrere da tale data.

a) Visite e terapie sanitarie non rimborsabili nella gestione ordinaria ed eseguite da professionisti riconosciuti dal Ministero della Salute

Si tratta di prestazioni non rimborsabili in base alle norme dei vigenti piani sanitari della gestione ordinaria (polizze Base – Plus – Extra – Standard - Super) o esplicitamente escluse dalle stesse; tali prestazioni - ove eseguite dai sotto elencati professionisti riconosciuti dal Ministero della Salute – possono essere rimborsate in ASA.

Rimane ferma l'esclusione delle prestazioni di carattere estetico.

Professioni sanitarie e tecnico sanitarie:

Ambito medico:

- Farmacista
- Medico chirurgo
- Odontoiatra
- Psicologo

Ambito infermieristico/ostetrico:

- Infermiere
- Ostetrica /o
- Infermiere Pediatrico

Ambito riabilitativo:

- Podologo
- Fisioterapista
- Logopedista
- Ortottista – Assistente di Oftalmologia
- Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva
- Tecnico Riabilitazione Psichiatrica
- Terapista Occupazionale



- Educatore Professionale

Ambito tecnico-diagnostico:

- Tecnico Audiometrista
- Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
- Tecnico di Neurofisiopatologia

Ambito tecnico-assistenziale:

- Tecnico Ortopedico
- Tecnico Audioprotesista
- Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare
- Igienista Dentale
- Dietista

Ambito tecnico della prevenzione:

- Assistente Sanitario

Operatore di interesse sanitario:

- Massofisioterapista

Arti ausiliarie delle professioni sanitarie:

- Massaggiatore capo bagnino stabilimenti idroterapici
- Ottico
- Odontotecnico
- Puericultrice

Altre figure:

- Operatore socio-sanitario

Tra le prestazioni rimborsabili in ASA "pura", di cui alla presente lettera a), figurano anche:

- ✓ Prestazioni (visite e terapie) eseguite da dietologi, biologi dell'alimentazione, nutrizionisti, soggetti equiparabili ai dietisti.
- ✓ Terapie tipo sclerosanti, drenaggi linfatici, liposuzione, mesoterapia.
- ✓ Trattamenti e terapie laser per vitiligine, rosacea, follicolite, acne e irsutismo.
- ✓ Pilates.
- ✓ Rilascio di certificati medici (per lo sport, patente, idoneità varie, certificati legali...) purché sia identificabile chi ha emesso la fattura.

Documenti da presentare: fattura "sanitaria", così come descritto e specificato al punto 7. (fattura anche "non sanitaria" per i certificati), con indicazione della prestazione eseguita e del professionista che l'ha eseguita. Per prestazioni eseguite in farmacia è sufficiente lo scontrino "parlante" (riportante il codice fiscale dell'effettivo beneficiario della prestazione) con dettaglio dei prodotti/farmaci acquistati e indicazione esplicita della prestazione eseguita.

b) Prodotti farmaceutici

Medicinali della farmacopea ufficiale e omeopatici senza prescrizione medica

Acquisti di:

- medicinali riconosciuti tali dall'AIFA (riconoscibili in quanto sulla confezione del prodotto sotto il codice a barre è presente un codice alfanumerico che inizia per A0)
- prodotti omeopatici (la confezione del prodotto riporta la dicitura prodotto/medicinale omeopatico)

senza una prescrizione medica, con il solo scontrino parlante, con codice fiscale della persona interessata.



Preparazioni galeniche: le preparazioni galeniche sono i medicinali preparati in farmacia in base ad una prescrizione medica destinata ad un determinato paziente (formule magistrali) o in base alle indicazioni della Farmacopea ufficiale (formule officinali).

Medicinali fitoterapici: sono medicinali che contengono esclusivamente come principio attivo sostanze vegetali o preparazioni vegetali. Tali medicinali sono ufficialmente approvati dall'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), che ne autorizza l'immissione in commercio dopo averne verificato la qualità, l'efficacia e la sicurezza e per tale motivo possono essere venduti esclusivamente nelle farmacie.

Documenti da presentare: scontrino "parlante" (con codice fiscale dell'iscritto alla Cassa) con dettaglio dei prodotti/farmaci acquistati.

c) Dispositivi medici con marcatura CE, riconosciuti dal Ministero della Salute di cui all'elenco seguente

Sono dispositivi medici i prodotti, le apparecchiature e le strumentazioni che rientrano nella definizione di dispositivo medico contenuta negli articoli 1, comma 2, dei tre decreti legislativi di settore (decreti legislativi n. 507/92 n. 46/97 n. 332/00), e che sono dichiarati conformi, con dichiarazione/certificazione di conformità, in base a dette normative e, perciò, vengono marcati CE dal fabbricante in base alle direttive europee di settore.

Per agevolare gli Associati alla Cassa viene redatto il seguente elenco di dispositivi medici che possono essere rimborsati in ASA:

Dispositivi Medici secondo il decreto legislativo n. 46 del 1997

- Cerotti, bende, garze e medicazioni avanzate
- Siringhe
- Termometri
- Apparecchio per aerosol
- Apparecchi per la misurazione della pressione arteriosa
- Penna pungidito e lancette per il prelievo di sangue capillare ai fini della misurazione della glicemia
- Pannoloni per incontinenza
- Prodotti ortopedici (ad es. tutori, ginocchiere, cavigliere, stampelle e ausili per la deambulazione in generale ecc.)
- Ausili per disabili (ad es. cateteri, sacche per urine, padelle ecc..)
- Soluzioni per lenti a contatto
- Prodotti per dentiere (ad es. creme adesive, compresse disinfettanti ecc.)
- Materassi ortopedici e materassi antidecubito
- Lenti oftalmiche correttive dei difetti visivi
- Montature per lenti correttive dei difetti visivi
- Occhiali premontati per presbiopia
- Lenti a contatto
- Apparecchi acustici
- Sostanze con azione farmacologica
- Ausili per la respirazione
- Ausili per la deambulazione

Dispositivi Medico Diagnostici in Vitro (IVD) secondo il decreto legislativo n. 332 del 2000

- Contenitori campioni (urine, feci)
- Test di gravidanza
- Test di ovulazione
- Test menopausa
- Strisce/Strumenti per la determinazione del glucosio



- Strisce/Strumenti per la determinazione del colesterolo totale, HDL e LDL
- Strisce/Strumenti per la determinazione dei trigliceridi
- Test autodiagnostici per le intolleranze alimentari
- Test autodiagnosi prostata PSA
- Test autodiagnosi per la determinazione del tempo di protrombina (INR)
- Test per la rilevazione di sangue occulto nelle feci
- Test autodiagnosi per la celiachia

Documenti da presentare: fattura/scontrino parlante con indicazione del prodotto acquistato e che trattasi di prodotto con marcatura CE (eventualmente allegare parte della confezione o le istruzioni interne del dispositivo in cui si indica che trattasi di dispositivo medico a marcatura CE).

d) Prelievo e conservazione del sangue, di cellule staminali o del cordone ombelicale per finalità terapeutiche in presenza di patologie in atto

Le spese di prelievo e **conservazione del sangue, delle cellule staminali o del cordone ombelicale**, o meglio come definito dalla legge, le spese per la "*crio conservazione delle cellule staminali del cordone ombelicale ad uso autologo*", possono essere rimborsate in ASA se il prelievo del sangue dal cordone è finalizzato all'uso da parte del neonato o dei consanguinei affetti da patologia e previa approvazione scientifica e clinica. Le condizioni affinché sia possibile richiedere il rimborso sono:

- a. la patologia deve essere **in atto al momento della raccolta**, e per la patologia relativa deve essere **considerato appropriato l'utilizzo di cellule staminali** da sangue cordonale. Tale appropriatezza deve essere motivata da documentazione clinico-sanitaria.
- b. la conservazione del sangue cordonale deve avvenire esclusivamente in strutture trasfusionali pubbliche o individuate dalla disciplina vigente in materia e non in strutture estere.

Documenti da presentare: fattura sanitaria con dichiarazione medica che indichi il motivo della prestazione o la patologia per cui si è resa necessaria la prestazione. Non sono accettate prestazioni eseguite all'estero o procedimenti di conservazione in banche di crioconservazione estere.

e) Quota di spesa rimasta a carico dell'Associato in caso di prestazioni fruitive in forma di assistenza diretta (nella forma "ordinaria")

Come già accennato al punto 3., l'ASA può rimborsare agli Associati anche le quote di spesa rimaste a loro carico nell'ambito delle prestazioni fruitive in forma "diretta" nella gestione ordinaria; in tali casi le coperture assicurative prevedono per gli Associati la possibilità che Previmedical prenda in carico la spesa sostenuta, salvo una franchigia fissa (attualmente 35 Euro) per le prestazioni extraospedaliere o salvo una percentuale di scoperto sulla spesa complessiva (attualmente del 5%, per le strutture sanitarie "ordinarie") per le prestazioni "ospedaliere".

Tali quote potranno quindi essere richieste a rimborso dagli Associati, nella modalità cd ASA PURA.

Documenti da presentare: fattura dettagliata emessa dalla struttura sanitaria/professionista, con indicazione della spesa complessiva e dell'importo (secondo convenzione Previmedical) rimasto a carico dell'Associato.