

**A TUTTI I SOCI ISCRITTI
AL FONDO ASSISTENZA
FRA IL PERSONALE
DEL GRUPPO BANCO POPOLARE**

Verona, 6 aprile 2023

Circolare n° 2/2023

Oggetto:

- 1. Modulo iscrizioni on line per nuovi aderenti al FAS**
- 2. Aggiornamento fascicolo "Prestazioni e sussidi"**
- 3. Ticket e prestazioni pagate successivamente alla prestazione**
- 4. Presentazione delle richieste di rimborso cartacee**
- 5. Certificazione dei contributi versati**

FAQ: perché le pratiche cartacee sono sempre in ritardo per la liquidazione?

1. Modulo iscrizioni on line per nuovi aderenti al FAS

Dal 1° aprile 2023 sarà possibile effettuare le domande per nuove iscrizioni (nuovi soci e nuovi familiari aventi diritto) esclusivamente solo on line.

Per i nuovi soci (cioè gli assunti che hanno diritto in base agli accordi aziendali ad aderire al Fas) e per chi volesse iscrivere i familiari al Fondo, la domanda di adesione dovrà essere presentata con il modulo elettronico predisposto dal Fas e presente nel sito, inviando poi gli eventuali documenti richiesti.

Per tutte le informazioni in merito è opportuno leggere con attenzione quanto riportato nella sezione "Come fare per.... Iscrivere al Fondo" presente nel sito del Fas tenendo presente che:

- a) Tutte le richieste di adesione vengono prese in considerazione la prima settimana del mese successivo al ricevimento della dichiarazione privacy da parte dell'interessato
- b) Eventuali richieste di adesione non completate o senza dichiarazione privacy verranno eliminate dopo 60 giorni dalla domanda.
- c) Stime sugli eventuali arretrati (da versare in caso di iscrizione tardiva) sono possibili solo in fase di analisi della documentazione (punto a).

2. Aggiornato fascicolo "Prestazioni e sussidi"

L'aggiornamento del fascicolo "prestazioni e sussidi" valido per le spese sostenute dal primo gennaio 2023 riporta alcune novità sinteticamente qui sotto riportate:

- **prestazioni telemedicina e teleriabilitazione:** le prestazioni erogate non in presenza (es. via telefono o via internet) sono rimborsabili in ASA salvo i casi in cui sia allegata una prescrizione del MMG che dovrà attestare il motivo per cui viene richiesta la prestazione (per l'elenco delle motivazioni vedasi Allegato M pagg.46-47) e la necessità della stessa. Inoltre, in caso di prestazioni erogate per una situazione temporanea, è necessario indicare anche il termine della validità della prescrizione. Per situazioni permanenti, la prescrizione dovrà essere rinnovata ogni anno.

- **Allegato N** (pagg.48-49): codici da utilizzare per l'inserimento delle spese in procedura telematica e relativa tipologia di rimborso (ordinario, misto, ASA)

- **Allegato I** (pagg. 42-44): guida alle prestazioni sanitarie per interventi chirurgici, sia in forma diretta che in forma indiretta, con indicazioni dei contatti e delle modalità operative per ciascuna forma

- **occhiali e lenti non acquistate da ottico (es. supermercato)**: se non è possibile far compilare Allegato L, presentare visus recente (massimo 12 mesi) di ottico/oculista e parte della confezione con indicazione gradazione LAC e marcatura CE

- **occhiali e lenti per acquisti online o fuori UE**: presentare documento di vendita con visus indicato dal venditore e, se non è possibile far compilare Allegato L, presentare visus recente (massimo 12 mesi) di ottico/oculista oppure dichiarazione di conformità con indicazione gradazione lenti e marcatura CE.

In caso di acquisto LAC (in alternativa alla dichiarazione di conformità) parte della confezione con indicazione gradazione LAC e marcatura CE

- **assistenza socio-sanitaria: (es. badante, casa di riposo)**: per spese sostenute per badanti/collaboratori con i requisiti previsti per il rimborso ordinario, è necessario presentare la busta paga che deve necessariamente essere intestata al beneficiario della prestazione e che indichi chiaramente il livello retributivo del collaboratore

- **Nuovi moduli per cure dentare**: (fino al 30 giugno saranno accolti anche i vecchi moduli)

Scheda Spese Dentarie 1 (Allegato G/1 pagg.37-38) da utilizzarsi per tutte le spese per prestazioni odontoiatriche ad esclusione di quelle per apparecchi odontoiatrici. Ad ogni singola fattura va allegata una scheda che corrisponda al documento di spesa.

Scheda Spese Dentarie 2 (Allegato G/2 pag.39): scheda da utilizzare esclusivamente per le spese per apparecchi odontoiatrici.

3. Ticket e prestazioni pagate successivamente alla prestazione

Il Consiglio di Amministrazione ha affrontato il problema dei pagamenti differiti dei ticket e prestazioni, cioè pagamenti avvenuti in uno o più anni successivi alla prestazione stessa, su sollecito delle strutture ospedaliere.

Premettendo che il FAS rimborsa i ticket fatturati nell'anno della prestazione, il Consiglio ha deliberato che:

- GLI INVITI AL PAGAMENTO - RECUPERO TICKET di anni precedenti non vengono rimborsati;
- LE INTIMAZIONI AL PAGAMENTO DI TICKET da parte degli ospedali non vengono rimborsati;
- LE VIOLAZIONI AMMINISTRATIVE non vengono rimborsate;
- IL RECUPERO CREDITI PER PRONTO SOCCORSO: qualora la prestazione sia stata resa nell'anno precedente al pagamento, viene rimborsata con un margine di tolleranza di 90 giorni dalla prestazione stessa.

4. Presentazione delle richieste di rimborso cartacee

Si ricorda che tutti i soci in servizio, in fondo di solidarietà e in quiescenza oltre ai superstiti nati dal 1952 sono tenuti a presentare le spese per sé e per i loro familiari con il sistema telematico. Invii cartacei sono ammessi solo per malati inabili gravi con impossibilità fisica dell'utilizzo degli

strumenti informatici. Chi si trovasse in questa circostanza deve scrivere al FAS che prenderà in considerazione la situazione personale dell'iscritto.

Chi utilizza ancora il sistema cartaceo deve tener presente alcune regole:

- L'invio deve avvenire per posta, preferendo la spedizione per raccomandata, per avere certezza dell'invio.
- Le filiali della Banca non sono tenute ad accogliere documenti dei soci per l'invio per posta interna della documentazione.
- Le spese del primo semestre devono pervenire al FAS entro il 31 luglio.
- I tempi medi perché l'ufficio prenda in carico le spese presentate è di 40/50 giorni.

5. Certificazione dei contributi versati

A metà marzo con un'unica certificazione è stata inviata, ai soci in quiescenza e in fondo di solidarietà, la dichiarazione dei contributi versati nel 2022 al Fondo Assistenza per sé e per i propri familiari iscritti. Lo stesso dato è stato inviato all'Agenzia delle Entrate per il 730 precompilato.

Si ricorda che chi ha un indirizzo email censito presso il Fas ha ricevuto la certificazione per posta elettronica.

Agli iscritti superstiti di soci deceduti sarà inviata una informativa con la comunicazione del suddetto dato.

*Fondo Assistenza
fra il Personale del Gruppo B.P.*

FAQ: perché le pratiche cartacee sono sempre in ritardo per la liquidazione?

Questa è una domanda che frequentemente viene rivolta ai colleghi del FAS. La risposta è nel percorso che fa la documentazione cartacea prima di arrivare sul tavolo di un liquidatore. Ripercorriamo insieme la strada di una pratica cartacea analizzando i tempi dal momento della spedizione al momento in cui l'interessato riceve il rimborso:

Innanzitutto la documentazione cartacea, che viene spedita dal socio, mediamente impiega 5 giorni ad arrivare al FAS.

All'arrivo, la documentazione è sottoposta immediatamente ad un primo controllo e, qualora manchi la firma per il trattamento dati (privacy), viene ritornata al socio. Tempo impiegato per questa attività circa 3 ore dall'arrivo della pratica.

Se la documentazione può essere lavorata, viene subito inviata ad un fornitore esterno al FAS affinché la pratica sia catalogata con un codice identificativo e scansionata; un operatore, quindi, procederà con la codifica delle spese inserendo manualmente i dati di ogni fattura in procedura: in poche parole verrà eseguito tutto ciò che i soci, che fanno le richieste in forma telematica, fanno da soli in autonomia. Queste operazioni vengono eseguite da un service provider esterno al FAS, che impiega almeno 30 giorni (tempi minimi): questa tempistica è richiesta perché si tratta di un servizio

molto oneroso in termini di risorse impiegate (tempi, mezzi, persone...) e sempre più raramente viene espletato oltre ad essere sempre meno richiesto dai fondi sanitari. In tutto questo tempo, cioè finché non sarà creata la pratica telematica, il Fondo non può vedere cosa il socio ha inviato.

La documentazione cartacea, dopo la suddetta lavorazione, viene inviata al FAS (2/3 giorni per i tempi postali), affinché sia controllata in base alle regole del Fondo e quindi rimborsata o respinta. Tempo medio attuale per i controlli 5-10 giorni dall'arrivo dei documenti (molto dipende dai diversi flussi che giungono durante l'anno).

A conclusione dell'iter viene prodotta una lettera e il socio, che ha un indirizzo email censito presso il FAS, viene avvisato del rimborso o del respingimento. A coloro che non hanno comunicato l'indirizzo mail, viene inviata una lettera cartacea che riceveranno in circa ulteriori 5-10 giorni lavorativi.

La somma dei tempi è attualmente di circa 50 giorni... tenendo presente che se la pratica viene respinta al momento della sua ripresentazione ricomincerà il suo lungo percorso.

Non è molto meglio usare la procedura telematica? Magari facendosi aiutare da un familiare.

Vantaggi? Tempi rapidi per la liquidazione degli invii telematici (in questo momento è di circa 15 giorni), possibilità di seguire la propria pratica ed infine certezza che il Fas riceva la propria documentazione.