

Circolare n. 1/2016

**A tutti gli Associati
loro indirizzi e sedi**

Oggetto: “Regolamento anno 2016” – Revisione dell’art. 12 comma C “Prestazioni fisiche e riabilitative”.

Si informa che, in data 22 marzo 2016, il Consiglio di Amministrazione del Fondo ha deliberato un aggiornamento del testo del vigente Regolamento con l’obiettivo di specificare i requisiti di cui devono essere in possesso i professionisti che effettuano le prestazioni fisiche e riabilitative rimborsabili.

In particolare, fermo restando che le fatture rimborsabili devono sempre riferirsi a prestazioni sanitarie rientranti nel campo delle cure contemplate dal Servizio Sanitario Nazionale e quindi effettuate da professionisti in possesso di titoli di studio idonei del settore o enti accreditati, il testo del comma C dell’art. 12 viene modificato come segue:

Articolo 12 - CONTRIBUTI PER ALTRE PRESTAZIONI SANITARIE

----- *OMISSIS* -----

c) PRESTAZIONI FISICHE E RIABILITATIVE

E’ previsto un contributo annuale pari al **70%** della spesa sostenuta con un massimo di **Euro 350,00** pro capite per cure fisiche riabilitative, ginnastica riabilitativa, fisioterapia, kinesiterapia, chiroterapia, laser terapia, elettroterapia, agopuntura e terapie assimilabili.

Il plafond inoltre viene elevato a **Euro 700,00** pro capite per anno per i soggetti riconosciuti con invalidità totale (100%) certificata dalle competenti autorità pubbliche.

Documentazione necessaria per il rimborso delle spese sostenute di cui ai punti a), b) e c):

- **una sola fotocopia delle** fatture e/o ricevute valide ai fini fiscali. Sono accettati anche gli scontrini fiscali in alternativa alla fattura/ricevuta, purché muniti di documentazione probatoria con il dettaglio della prestazione e del codice fiscale del beneficiario.
- Per le terapie è necessario presentare **una fotocopia** della prescrizione rilasciata dal medico del S.S.N. che ha in carico l’assistito o dal medico con specializzazione riferita alla patologia che dà luogo alla richiesta di rimborso. **A questo fine sono considerate valide anche le prescrizioni indicate nella diagnosi contenuta in una cartella clinica.**

Il rimborso è previsto unicamente per le prestazioni effettuate da:

- 1) medici;
- 2) professionisti forniti di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia ai sensi del DM del 27/7/2000;
- 3) professionisti operanti presso Ambulatori Medici, Centri Medici e Strutture pubbliche e private accreditate presso il SSN.

Qualora gli Ambulatori, i Centri Medici e le Strutture non risultino accreditati presso il SSN, le prestazioni vengono rimborsate unicamente se effettuate da Medici o Fisioterapisti (vds. precedenti punti 1 e 2).

Il Fondo si riserva di poter richiedere, in ogni momento, l’originale di tali prescrizioni che dovranno quindi essere conservate a cura dell’associato.

- Per le patologie tumorali riconosciute dal S.S.N. l’associato deve presentare il documento di esenzione in corso di validità (a titolo di esempio “tessera di esenzione recante il codice 048”).

La prescrizione deve:

- avere una data di emissione non antecedente di oltre **6** mesi rispetto alla data della fattura/ricevuta;

Le prestazioni sanitarie di cui ai punti a), b) e c) rese alla persona, nell’esercizio delle professioni e arti sanitarie, devono essere esercitate da personale individuato dalla normativa sanitaria tempo per tempo vigente. Le suddette prestazioni sanitarie sono esenti da IVA (Art. 10, n. 18, DPR n. 633/72 e Circolare Agenzia delle Entrate 28.1.2005, n. 4/E).

----- *OMISSIS* -----

-----***-----

La modifica al Regolamento sopra descritta avrà decorrenza **1 maggio 2016**, pertanto le prestazioni fruitive dopo tale data e i relativi documenti di spesa dovranno rispondere alle nuove disposizioni.

Cordiali saluti.

Brescia, 29 marzo 2016

Il Presidente
Franco Favalli