

FAQ Sanedil

INDICE

CONTRIBUZIONE – PERIODI DI COPERTURA ASSICURATIVA E PERIODO DI ESTENSIONE	1
PROCEDURE DI GESTIONE DELLE PRESTAZIONI E DEI RIMBORSI	3
CONDIZIONI ASSICURATIVE	5
PROCEDURE DI REGISTRAZIONE AREA RISERVATA	6
ATTIVITÀ ISTRUTTORIE PRESTAZIONI IN AUTOGESTIONE	6

CONTRIBUZIONE – PERIODI DI COPERTURA ASSICURATIVA E PERIODO DI ESTENSIONE

1. D. Cosa si intende per “periodo di copertura” che l’Addetto Cassa deve inserire per consentire al lavoratore di accedere ad una prestazione in rete?

R. La locuzione “periodo di copertura”, nelle ipotesi di prestazione in rete, si riferisce al periodo assicurativo, della durata di un mese, in cui l’iscritto in forza (se cessato, vedi FAQ n.9) è legittimato a richiedere ed usufruire di una prestazione sanitaria. Per l’inserimento del periodo di copertura l’Addetto della Cassa deve verificare la regolarità contributiva al quinto mese antecedente a quello in cui l’iscritto richiede la prestazione sanitaria.

2. D. Nell’ipotesi di prestazioni in modalità rimborsuale presentate in un mese coincidente o successivo a quello in cui la spesa sia stata sostenuta, come “periodo di copertura” deve essere indicato il mese cui fa riferimento la data del documento di spesa?

R. Sì. Per la corretta gestione delle pratiche di rimborso, l’Addetto della Cassa dovrà verificare la regolarità contributiva al quinto mese antecedente a quello afferente la data del documento di spesa e quindi, accertata la regolarità e lo stato di occupazione del lavoratore (se cessato, vedi FAQ n.9), dovrà inserire nel sistema gestionale S.I.Sanedil come periodo di copertura il mese corrispondente alla data riportata nel documento di spesa. Es. richiesta di prestazione a rimborso presentata il 3 novembre 2023, con allegato documento di spesa datato 20 ottobre 2023, la Cassa dovrà verificare la contribuzione relativa al periodo di maggio 2023 e, accertata la regolarità, dovrà inserire nel sistema gestionale S.I.Sanedil come periodo di copertura il mese di ottobre 2023.

3. D. Cosa si intende per periodi di estensione?

R. La locuzione “periodo di estensione” sta ad indicare il periodo da uno a cinque mesi successivo al “periodo di copertura” che l’Addetto Cassa precauzionalmente deve inserire nel sistema gestionale S.I.Sanedil nei casi di richiesta di prestazione in rete. Tale periodo contraddistinto da una icona gialla consente pertanto all’iscritto di poter usufruire della singola prestazione in uno dei cinque mesi successivi a quello di presentazione della richiesta quest’ultimo già risultante come periodo di copertura (vedi FAQ n. 1).

4. D. Durante il periodo di estensione l'iscritto può richiedere ed usufruire di molteplici prestazioni in rete?

R. No. Il periodo di estensione non consente all'iscritto di poter richiedere ed usufruire di una prestazione diversa da quella per la quale l'Addetto Cassa ha effettuato i controlli che condizionano l'inserimento della copertura assicurativa. Pertanto nel caso di una nuova richiesta di prestazione in rete presentata in un mese già risultante come periodo di estensione, l'Addetto Cassa deve effettuare per quel mese le verifiche necessarie (vedi FAQ n. 1) al fine di trasformare il "mese di estensione" in "mese di copertura".

5. D. Quali sono i criteri di inserimento del periodo di estensione e le differenze con il periodo di copertura?

R. L'Addetto Cassa, nei casi di prestazioni in rete che vengano erogate in una singola seduta (es. visita specialistica), deve inserire la copertura assicurativa del mese di presentazione della richiesta (vedi FAQ n.1) e sempre il mese successivo (icona gialla) a titolo di "mese di estensione". Qualora invece la prestazione in rete necessiti di più sedute (es. cure odontoiatriche, "Grandi interventi chirurgici" e Monitor Salute) è sempre necessario inserire in copertura assicurativa il mese di presentazione della richiesta in quanto mese di copertura ed i cinque mesi successivi (icona gialla) a "titolo di mesi di estensione".

6. D. Nell'ipotesi in cui la contribuzione per il lavoratore con qualifica impiegatizia sia versata direttamente al Sanedil, per procedere con l'inserimento della copertura assicurativa, come deve essere effettuata la verifica della regolarità contributiva da parte della Cassa?

R. Le Casse Edili e le EdilCasse hanno la possibilità di verificare la contribuzione versata dalle aziende direttamente al Fondo, attraverso il gestionale amministrativo S.I.Sanedil, tramite il tasto 'Elenco Denunce', presente nella sezione 'Informazioni Anagrafiche'.

7. D. La Cassa Edile/EdilCassa che gestisce una richiesta di prestazione sanitaria, come deve considerare ai fini della verifica della regolarità contributiva l'impresa che ha in corso un piano di rateizzazione?

R. Fermo restando che per una prestazione sanitaria la Cassa Edile/EdilCassa deve verificare la regolarità contributiva al quinto mese antecedente la richiesta della prestazione sanitaria (es. per una prestazione sanitaria richiesta nel mese di ottobre 2023 deve essere verificata la regolarità contributiva al mese di maggio 2023), la rata o le rate di un piano rateizzazione già autorizzato e regolarmente rispettato, che coincidano con il periodo oggetto di verifica, non determinano l'irregolarità dell'azienda ai fini delle richieste delle prestazioni sanitarie.

8. D. Come deve essere calcolato il contributo Sanedil nel caso in cui un lavoratore con qualifica di operaio sia alle dipendenze, con orario part time, di due datori di lavoro che applicano il CCNL edile?

R. Sulla base di quanto previsto dall'art. 11 del Regolamento delle prestazioni, per gli operai, anche in part time, il versamento deve essere effettuato comunque su un minimo di 120 ore. Pertanto entrambi i datori di lavoro sono tenuti al versamento della contribuzione nel rispetto del limite minimo delle 120 ore. A titolo esemplificativo, per un operaio che lavori in part time, con riduzione di orario al 50% (20 ore settimanali) presso il datore di lavoro A e, sempre con riduzione di orario al 50% (20 ore settimanali), presso il datore di lavoro B, ciascun datore di lavoro A e B, per propria competenza, dovrà versare la contribuzione Sanedil calcolata sul minimo delle 120 ore mensili.

9. D. Come deve essere conteggiato il periodo aggiuntivo di tre mesi di copertura sanitaria in caso di disoccupazione?

R. Il periodo aggiuntivo di tre mesi di copertura assicurativa per disoccupazione deve essere aggiunto successivamente al mese in cui è avvenuto la cessazione del rapporto di lavoro (es. lavoratore cessato nel mese di settembre 2023 avrà diritto alle prestazioni per i successivi mesi di ottobre, novembre e dicembre 2023).

10. D Come deve comportarsi l'Addetto Cassa nel momento in cui riceve una richiesta di rimborso con data di fattura coincidente con l'iscrizione del lavoratore presso un'altra Cassa?

R. La Cassa presso cui risulta iscritto il lavoratore si occuperà della gestione della richiesta di rimborso, previa verifica della regolarità contributiva da effettuarsi contattando la Cassa di provenienza coincidente alla data di fattura.

11. D. Ai fini della copertura assicurativa, che tipo di verifica deve effettuare l'Addetto Cassa per consentire all'iscritto di ricevere il rimborso di una prestazione odontoiatrica fuori rete?

R. L'Addetto Cassa deve verificare che nelle singole date di esecuzione delle prestazioni specificamente riportate nel "diario clinico" l'iscritto risulti in copertura assicurativa.

12. D. Prima di avviare l'iter procedurale per una richiesta di prestazione sanitaria presentata da un iscritto operaio o impiegato dipendente di un'impresa edile, l'Addetto della Cassa come verifica la regolarità contributiva dell'azienda? Deve consultare la B.N.I. ?

R. No. La verifica della regolarità contributiva dell'impresa deve interessare i cantieri attivi e il personale operaio ed impiegatizio occupato nel territorio di competenza della Cassa alla quale risulti iscritto il lavoratore richiedente. Resta inteso che, nel caso la richiesta di una prestazione sanitaria interessi un impiegato che non transiti attraverso il Mut o altro sistema equivalente, la verifica della regolarità contributiva da parte della Cassa dovrà necessariamente essere effettuata attraverso il gestionale del Fondo Sanedil, ovvero in mancanza di elementi accertativi certi ed aggiornati, contattando gli operatori del Fondo.

PROCEDURE DI GESTIONE DELLE PRESTAZIONI E DEI RIMBORSI

13. D. Prima di richiedere una prestazione in convenzionamento diretto alla Cassa Edile/EdilCassa, l'iscritto può prenotare l'appuntamento con la struttura sanitaria?

R. Sì, ma è necessario che l'iscritto comunichi all'Addetto della Cassa il giorno e l'orario dell'appuntamento già concordato con la struttura sanitaria, che comunque non può essere precedente alle 72 ore (salvo casi di comprovata e particolare urgenza) rispetto alla richiesta presentata alla Cassa Edile/EdilCassa con la consegna della relativa modulistica (modulo di richiesta prestazioni, copia prescrizione medica/impegnativa).

14. D. La sezione del modulo richiesta prestazioni/rimborsi riservata alle Cassa Edile/EdilCassa deve essere sempre compilata dall'Addetto della Cassa?

R. No, tale sezione deve essere compilata dall'Addetto della Cassa esclusivamente nel caso in cui il modulo sia presentato allo sportello. In questo caso, una copia del modulo, redatto anche nella sezione riservata alle Casse, dovrà essere rilasciata all'iscritto o all'eventuale delegato (facilitatore) a titolo di ricevuta.

15. D. Al fine di ottenere il rimborso del Ticket sanitario da parte di Unisalute è sempre necessario caricare anche la prescrizione del medico?

R. Per ottenere il rimborso dei Ticket sanitario è necessaria la prescrizione medica nei casi esplicitamente previsti dal piano sanitario.

16. D. Per una richiesta rimborsuale di prestazione sanitaria presentata tramite e-mail alla Cassa, al fine della corretta identificazione del lavoratore richiedente, è necessario che l'iscritto alleggi copia del documento di identità?

R. Sì, solo per le richieste di rimborso presentate tramite e-mail la Cassa dovrà richiedere al lavoratore di produrre, tra la documentazione prevista, anche copia di un documento d'identità valido.

17. D. La comunicazione dei dati delle spese sanitarie utile per l'elaborazione delle dichiarazioni dei redditi precompilate (730 e Unico) è spedita all'iscritto richiedente oppure alla Cassa Edile/EdilCassa?

R. L'iscritto, previa registrazione nell'Area Riservata, potrà scaricare autonomamente l'informativa tramite gli appositi tasti presenti nella sua area. Qualora l'iscritto non abbia effettuato la registrazione, l'Addetto Cassa potrà fornire l'informativa tramite l'apposita funzione messa a disposizione dal Fondo nella propria *dashboard* 'Addetti Cassa'.

18. D. Nel caso di richiesta di prestazione sanitaria nella modalità rimborsuale, per il completamento della procedura di inserimento dati, l'Addetto della Cassa quale documentazione deve inviare ad Unisalute?

R. L'Addetto della Cassa deve trasmettere la documentazione prevista per la singola prestazione, indicata nella sezione 'Rimborsi' nel modulo Unisalute.

19. D. L'Addetto della Cassa per attivare una richiesta di prestazione riconducibile alle cure odontoiatriche deve eseguire l'iter autorizzativo e/o la prenotazione completa?

R. No. L'Addetto della Cassa, una volta ricevuta la richiesta di prestazione, si dovrà limitare, previa verifica della regolarità contributiva con relativo inserimento della copertura assicurativa e periodi di estensione, a trasferire l'anagrafica dell'iscritto presente sul gestionale S.I.Sanedil al gestionale Unisalute, invitando l'iscritto a recarsi presso una delle strutture/medici odontoiatri convenzionate/i. Una volta effettuata la visita sarà il medico dentista ad inviare alla Compagnia il piano di cure concordato con l'iscritto. Diversamente, per le richieste di prestazioni riconducibili alla prevenzione odontoiatrica (ablazione del tartaro), l'Addetto della Cassa dovrà procedere attraverso l'iter autorizzativo e/o la prenotazione completa.

20. D. La garanzia del Fondo Sanedil può operare anche all'estero?

R. Sì, Il Piano Sanitario ha validità in tutto il mondo con le medesime modalità con cui è operante in Italia. Qualora un iscritto abbia necessità in territorio estero di usufruire di una prestazione garantita dal Fondo in convenzionamento diretto è necessario che la Cassa Edile/Edilcassa, contattata dall'iscritto, accerti la presenza di una struttura convenzionata in quel territorio contattando la centrale operativa di Unisalute; in assenza di una struttura convenzionata l'Addetto della Cassa inviterà l'iscritto a recarsi presso una struttura privata non convenzionata, che potrà poi successivamente presentare la richiesta di rimborso alle stesse condizioni previste per la rete.

21. D. Entro quale termine l'iscritto può presentare una richiesta di rimborso/indennizzo?

R. Le domande di rimborso devono essere presentate entro il termine di due anni dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione fruita. Per i ricoveri il termine decorre dalla data delle dimissioni. Le fatture e i documenti di spesa trasmessi oltre i due anni non saranno rimborsati.

Si specifica che, per quanto riguarda la polizza UnipolSai limitatamente alle garanzie di rimborso correlato ad infortunio professionale/extraprofessionale, l'iscritto ha 24 mesi di tempo dall'infortunio per effettuare l'apertura del sinistro ed ulteriori 24 mesi per produrre i documenti di spesa da allegare alla richiesta di rimborso.

22. D. L'Addetto della Cassa può fornire all'iscritto un elenco delle strutture convenzionate specificamente idonee ad erogare una prestazione in una determinata zona?

R. Sì, l'Addetto della Cassa, può fornire all'iscritto un elenco di strutture convenzionate verificandone l'esistenza tramite la "simulazione di prenotazione completa senza appuntamento" tramite la *dashboard* UniSalute.

23. D. Gli iscritti possono richiedere il rimborso di una prestazione normalmente garantita in convenzionamento diretto erogata da una struttura sanitaria privata non convenzionata?

R. Dal 1° ottobre 2022, il Fondo Sanedil prevede la possibilità di richiedere il rimborso di una fattura emessa da una struttura sanitaria privata non convenzionata, relativa alle prestazioni garantite dal Fondo per mezzo di UniSalute, solo nei casi in cui entro una distanza stradale di 15 km non vi sia alcuna struttura convenzionata idonea ad erogare la specifica prestazione richiesta dall'iscritto (la cosiddetta "zona scoperta").

24. D. È necessaria una preventiva autorizzazione da parte di Unisalute per ottenere la condizione di "zona scoperta"?

R. Di base, UniSalute garantisce la "zona scoperta" senza una preventiva autorizzazione. Il Fondo tuttavia raccomanda di contattare anticipatamente la Centrale Operativa per ottenere un codice sinistro, al fine di minimizzare la possibilità di errore nella liquidazione del rimborso.

25. D. L'iscritto ha modo di verificare in totale autonomia la sussistenza del requisito della "zona scoperta"?

R. No, l'iscritto può ottenere in autonomia solamente un'informazione generica circa tutte le strutture odontoiatriche/non odontoiatriche convenzionate che insistono nella sua zona di residenza/domicilio, effettuando una ricerca tramite la funzione "trova la struttura convenzionata più vicina a te" disponibile nella sezione "Piani Sanitari" del sito www.fondosanedil.it.

26. D. L'Addetto della Cassa ha modo di verificare in totale autonomia la sussistenza del requisito della "zona scoperta"?

R. Sì, l'Addetto della Cassa può verificare in totale autonomia la sussistenza del requisito della "zona scoperta" effettuando un primo controllo per mezzo della funzione "strutture geolocalizzate" disponibile sul gestionale S.I.Sanedil. Qualora la ricerca non evidenzia alcuna struttura convenzionata si potrà dare per scontata la sussistenza del requisito di "zona scoperta", in caso contrario in presenza di una o più strutture convenzionate è necessario che l'Addetto della Cassa verifichi, effettuando una "simulazione di prenotazione", se le strutture evidenziate dalla ricerca siano convenzionate per erogare la specifica prestazione richiesta dall'iscritto.

CONDIZIONI ASSICURATIVE

27. D. Le garanzie assicurative previste dai piani sanitari del Fondo sono riconosciute fino a quale età dell'iscritto?

R. Le garanzie assicurative ed i relativi obblighi contributivi trovano applicazione fino al compimento dell'81° anno d'età dell'iscritto, a condizione che lo stesso risulti occupato presso un'impresa edile.

28. D. L'annualità assicurativa di riferimento per il calcolo dei massimali coincide con l'anno cassa edile 1° ottobre - 30 settembre?

R. No. Dal 1° ottobre 2023 i massimali relativi alle prestazioni riconosciute da Unisalute ed in autogestione fanno riferimento al periodo 1° ottobre 2023 – 31 dicembre 2024. Dal 1° gennaio 2025 i massimali previsti faranno riferimento all'anno civile 1° gennaio 2025 – 31 dicembre 2025 e così a seguire per gli anni successivi. Per le garanzie riconosciute da UnipolSai dal 1° gennaio 2024 l'anno di riferimento per calcolare i massimali relativi al singolo sinistro coincide con l'anno civile 1° gennaio 2024 – 31 dicembre 2024 e così a seguire per gli anni successivi.

PROCEDURE DI REGISTRAZIONE AREA RISERVATA

29. D. Come deve comportarsi l'Addetto Cassa qualora il lavoratore non riesca ad accedere alla sua Area Riservata dopo la registrazione?

R. L'Addetto Cassa dovrà segnalare al lavoratore di inserire sempre come *USERNAME* il suo codice fiscale.

30. D. Cosa deve fare l'Addetto Cassa nel caso in cui il lavoratore abbia inserito un indirizzo email errato in fase di registrazione e non riesca a ricevere l'email per la creazione dell'utenza?

R. L'Addetto Cassa dovrà comunicare al lavoratore di attendere 48h dalla richiesta effettuata per poi procedere ad effettuare una nuova registrazione con il corretto indirizzo email.

31. D. Cosa deve fare l'Addetto Cassa nel caso in cui il lavoratore chieda di variare l'email associata al suo profilo in quanto non riesce ad eseguire il recupero della password?

R. L'Addetto Cassa dovrà inviare una segnalazione al Fondo tramite area *Ticket* o all'indirizzo contribuzioni@fondosanedil.it, indicando la nuova email. Il Fondo successivamente provvederà ad effettuare la modifica.

32. D. Cosa deve fare l'Addetto Cassa nel caso in cui il lavoratore non riesca ad effettuare il recupero della password?

R. L'Addetto Cassa deve verificare con il lavoratore l'indirizzo email con il quale si è registrato. Nel caso in cui questo fosse corretto seguirà la procedura individuata nella *Faq* n.31, tramite la quale il Fondo successivamente provvederà a generare una nuova password per il lavoratore.

ATTIVITÀ ISTRUTTORIE PRESTAZIONI IN AUTOGESTIONE

33. D. Gli Addetti delle Casse possono inoltrare al Fondo tramite e-mail le richieste di prestazioni riconosciute in autogestione?

R. No. Gli Addetti delle Casse, con decorrenza 26/09/2022, devono procedere con la trasmissione al Fondo delle prestazioni autogestite e richieste da iscritti in forza ad imprese private esclusivamente in forma digitale, utilizzando l'apposita funzione che consente la digitalizzazione della documentazione e la relativa trasmissione.

34. D. In relazione al sistema di digitalizzazione delle prestazioni riconosciute in modalità autogestita, l'Addetto della Cassa quali elementi della fattura deve indicare nella finestra "Importo specifico oggetto della garanzia"?

R. L'Addetto della Cassa non deve inserire il valore totale della fattura, ma deve riportare esclusivamente l'importo relativo all'oggetto della garanzia comprensivo di IVA ed al netto di un eventuale sconto. Esempio fattura: Montatura 100,00€ + (IVA 4%) 4,00€ Lenti 50,00€ + (IVA 4%) 2,00€ Tot. Fattura 156,00€. L'Addetto Cassa deve indicare 104,00€. Si ribadisce inoltre che nelle fatture con importo pari o superiore a 77,47€ emesse dai professionisti abilitati, il valore da indicare nell'Importo Totale Richiesta non deve essere comprensivo dell'imposta di bollo di 2,00€. Esempio fattura: Visita specialistica 125,00€ bollo 2,00€ Tot. Fattura 127,00€. L'Addetto Cassa deve indicare 125,00€.

35. D. Nel caso di un documento di spesa che indichi più prestazioni, la richiesta di rimborso per una visita specialistica riconosciuta in modalità autogestita come deve essere gestita dall'Addetto della Cassa?

R. L'Addetto della Cassa deve verificare che tra le voci in fattura sia riportata espressamente la dicitura "visita specialistica"/"visita di controllo"; il Fondo infatti rimborserà esclusivamente la quota afferente la visita

specialistica espressamente indicata nella c.d. fattura parlante (es: in caso di ECG con prova da sforzo più visita cardiologica il Fondo rimborserà in autogestione esclusivamente la quota relativa alla visita cardiologica).

36. D. Nell'ambito dell'istruttoria di una prestazione in Autogestione, l'Addetto di Cassa deve verificare la presenza della marca da bollo sui documenti di spesa?

R: Sì, fermo restando che la marca da bollo è obbligatoria su tutti i documenti di spesa emessi da professionisti abilitati, con importo pari o superiore a € 77,47 e, laddove non assolta virtualmente, deve essere apposta sul documento originale.

37. D. Se nella stessa fattura di acquisto sono presenti due montature, si devono inserire due distinte richieste di rimborso in autogestione?

R: Se le due montature sono relative allo stesso beneficiario può essere presentata un'unica richiesta, inserendo la somma dei due importi; qualora invece i beneficiari siano differenti, anche le relative richieste di rimborso devono essere presentate distintamente.

38. D. Per le richieste di rimborso montatura in autogestione è obbligatorio fornire la variazione del visus comprovata da medico oculista/optometrista?

R: Dal 1° ottobre 2022 non è più necessario allegare l'attestazione di cambio visus; per ottenere il rimborso è sufficiente che l'acquisto della montatura sia correlato all'acquisto delle lenti o loro adattamento (anche a costo 0 ma con voce presente in fattura). Rimane obbligatorio allegare la comprovata variazione del visus per tutte le fatture con data antecedente al 01/10/2022.

39. D. Se nel documento di spesa sono presenti diversi ausili/ presidi si devono effettuare tante richieste per singolo ausilio/presidio acquistato?

R: Sì, è necessario presentare una richiesta per ogni categoria di ausilio/presidio, in quanto ogni sottocategoria gode di un sotto massimale differente.

40. D. Se il lavoratore presenta nella stessa data una richiesta di rimborso in autogestione per visita specialistica relativa all'anno edile 2023 e una relativa all'anno edile 2024, gli verranno rimborsate entrambe?

R: No, la guida alle garanzie prevede che il rimborso, se già usufruito con riferimento a una diversa annualità assicurativa, non possa essere nuovamente richiesto. Pertanto nel caso specifico si darà la priorità alla visita relativa all'anno edile 2024.

41. D. Quale tipo di prestazione sanitaria si può portare a rimborso attraverso la garanzia in autogestione per visite specialistiche?

R: Come riportato nelle istruzioni operative, nonché negli avvisi generali, il rimborso della spesa sostenuta è riconosciuto esclusivamente per VISITE SPECIALISTICHE (quindi non per gli esami strumentali e/o esami del sangue) effettuate da medico specialista e non da personale sanitario (podologo, ortottista, fisioterapista).

42. D. Se il lavoratore è stato assunto il 01/09/2023 ha diritto a chiedere il rimborso in autogestione per visite specialistiche?

R: No, per una corretta gestione istruttoria della garanzia visite specialistiche relativa al periodo 1° ottobre 2023 - 31 dicembre 2024, riconosciuta in modalità autogestita, è necessario verificare che il lavoratore risulti iscritto al Fondo, anche in maniera non continuativa, nelle 3 annualità assicurative precedenti alla data del 1° ottobre 2023. Pertanto, per il riconoscimento della garanzia in oggetto sarà necessario verificare che per il lavoratore risulti effettuato almeno un versamento contributivo per ciascuna delle annualità cassa edile 2020/2021 – 2021/2022 – 2022/2023. Resta inteso che il riconoscimento della garanzia è subordinato anche alla verifica della mancata fruizione, nel triennio di riferimento, di prestazioni previste dai piani sanitari del Fondo Sanedil da parte del lavoratore iscritto e/o del suo nucleo familiare.

43. D. Se il lavoratore presenta più fatture riconducibili allo stesso ciclo di trattamenti fisioterapici deve effettuare una richiesta in autogestione per ogni fattura?

R: No, tutte le fatture appartenenti allo stesso anno assicurativo vanno inserite nella stessa richiesta, utilizzando il tasto “Aggiungi” nella sezione “Nuova Prestazione”, creando una riga per ogni fattura da liquidare. In questo modo sarà possibile liquidare l’intero importo in un’unica soluzione.

44. D. Quali trattamenti fisioterapici in autogestione sono rimborsabili?

R: Tutti i trattamenti fisioterapici effettuati da personale medico o paramedico abilitato alla terapia della riabilitazione il cui titolo sia riportato nel documento di spesa. Per quanto riguarda la Massofisioterapia ad esempio, sono rimborsabili tutti i trattamenti effettuati da Massofisioterapisti che abbiano conseguito il diploma entro il 17/03/1999 oppure, se successivo, che siano iscritti agli elenchi speciali entro il 30/06/2020.

45. D. Quanto tempo può intercorrere tra la data della prescrizione e la data del trattamento fisioterapico (data della fattura) riconosciuto in autogestione?

R: Il trattamento fisioterapico deve essere eseguito entro e non oltre i 12 mesi dalla data della prescrizione, emessa da un medico specialista o dal medico curante.