

## MODIFICHE AL TESTO UNICO NORMATIVO ASSILT

Le modifiche al Testo Unico Normativo ASSILT deliberate dal Consiglio di Amministrazione del 7 marzo e 12 aprile 2017 e ratificate dall'Assemblea dei Rappresentanti ASSILT il 23 maggio 2017, hanno data di decorrenza 1° luglio 2017 (data fattura).

Partendo dalla Parte I relativa l'adesione all'Associazione, le modifiche apportate al testo, sono le seguenti:

Al *Punto 1* dell'articolo 2 (*Destinatari, Soci e Beneficiari*) estesa la possibilità di iscrizione per i figli delle persone unite civilmente già prevista per i figli nati da precedente matrimonio.

Chiarito che il/la convivente more uxorio deve essere presente nello stato di famiglia del socio principale e che ASSILT ha la facoltà di richiedere il certificato anagrafico e/o della situazione reddituale per i beneficiari maggiorenni iscritti.

Precisato che il Socio riconosce ad ASSILT la facoltà di richiedere detto certificato all'Agenzia delle Entrate tramite apposita delega a favore delle persone incaricate dall'Associazione anche ai fini della normativa in materia di Privacy.

Al *Punto 3* (*Contribuzione*) precisato che l'importo dell'isopensione annua per il calcolo della contribuzione è il lordo.

All'Articolo 3 - *Punto 1* (Diritto all'iscrizione) è stato precisato che la sospensione cautelativa riguarda il diritto alle prestazioni e non il pagamento della quota associativa. Inoltre, che cessata la causa della sospensione le prestazioni eseguite durante tale periodo saranno rimborsate se sussistono le condizioni e secondo i limiti normativi.

Al *Punto 3* (*Verifiche Amministrative*) variato il termine "ripetere" con "richiedere" ed eliminato il capoverso relativo l'esclusione (si trattava di una ripetizione).

Al *Punto 5* (*Casi particolari*) precisato che per gli altri casi di permesso non retribuito è facoltà del C.d.A. accogliere le richieste di mantenimento dell'iscrizione con l'eventuale sospensione contributiva.

Alla Parte II del testo normativo l'Articolo 5 (*Contributo alla spesa sanitaria*) è stato allineato alla nuova normativa che regola l'erogazione dei contributi per l'ortodonzia prevedendo l'invio delle fatture per cure ortodontiche anche oltre il 28 febbraio.

All'Articolo 10 - *Punto 1* (Cure Odontoiatriche e Ortodontiche) è stato chiarito che i contributi sono erogabili per prestazioni realizzate e fatturate da Medici Specialisti in Odontostomatologia e/o da Medici Odontoiatri.

Eliminata la frase riguardante il certificato di conformità delle protesi realizzate in lega preziosa in quanto già presente nello specifico paragrafo "Protesi e implantologia".

Chiarito che nel caso in cui dal certificato di conformità emerga che il manufatto protesico è stato realizzato con un materiale diverso (Lega non preziosa) rispetto a quanto fatturato (Lega preziosa) verrà riconosciuto l'importo corrispondente al materiale realmente utilizzato.

In linea con quanto già attivo dal 1/1/2017 per le altre tipologie di protesi, nel caso in cui non venga distinto il costo delle corone dal costo della struttura (Maryland Bridge), si erogherà un contributo inferiore per le corone ODPR0086 (Euro 132,00 anziché Euro 147,00 a) e ODPR0087 (Euro 176,00 anziché Euro 196,00).

Per quanto riguarda le cure ortodontiche è stata modificata la norma per consentire il riconoscimento dei contributi anche prima della reale esecuzione dell'anno di cura. Tra il primo anno ed i successivi due (secondo e terzo anno) dovranno trascorrere almeno 10 mesi prima di poter presentare (non più fatturare) una nuova richiesta di rimborso. E' stato modificato l'articolo 5. consentendo l'invio di queste fatture anche oltre il bimestre dell'anno successivo.

Precisato, inoltre, che le tutte le prestazioni relative le cure ortodontiche (check up, terapia intercettiva, anni di cura, contenzione) sono erogabili “una tantum – una sola volta nella vita associativa”.

Al Punto 3 (*Protesi e presidi sanitari*) specificato che il valore di 18 mmHg indicato per i contenitori elastici corrisponde alla 1° classe di compressione.

Per la *Terapia iniettiva* (Punto 8) introdotta la specializzazione in Neuroradiologia come figura che può anche prescrivere le prestazioni oltre che eseguirle.

Alla lettera b) *Iniezioni o infiltrazioni peridurali, perinervose, di anestetico, di agenti neurolitici, di steroidi* inserita l'alcolizzazione.

Per *Visite mediche specialistiche* (Punto 9) inserita la specializzazione in *Fisiatria* anche se analoga alla *Medicina Fisica e Riabilitazione* già prevista.

La *Terapia fisica* (Punto 11) precisato alle lettere b) e c) che le gravi patologie che danno diritto alle sedute successive sono quelle che determinano un deficit motorio.

Eliminata l'indicazione delle terapie neuro-motorie, dell'apprendimento e del linguaggio in quanto dal 1/1/2017 vengono gestite al di fuori della terapia fisica.

Arriviamo al Punto 15 (*Ostetricia*) precisato - come per le visite mediche specialistiche -l'importo che da diritto al rimborso della visita (70 euro) nel caso in cui nella fattura non sia dettagliato il costo della visita separatamente da quello degli esami diagnostici.

Per il parto naturale o cesareo separato il contributo erogabile per il “comfort alberghiero” (camera a pagamento) da quello previsto per la “degenza” (assistenza, diagnostica, farmaci e materiale vario di medicazione) nel modo seguente:

- 40% della spesa relativa il “comfort alberghiero” fino ad un massimo di Euro 350,00
- 40% della spesa relativa la “degenza” fino ad un massimo di Euro 350,00.

All'Articolo 11 - Punto 3 (*Prestazioni riabilitative ed assistenza ai portatori di disabilità*) chiarito che sono rimborsabili le spese sostenute per la permanenza o frequenza presso strutture di accoglienza.

Al Punto 6 (*Interventi chirurgici di Alta qualifica*), come per tutti gli altri interventi chirurgici, separato il “comfort alberghiero” (camera a pagamento) dalla “degenza” (assistenza, diagnostica, farmaci e materiale vario di medicazione).

Al Punto 8 (*Terapie in pazienti oncologici*) introdotto il limite di euro 120,00 per la visita medica del radioterapista oncologo eseguita prima della radioterapia o della ipertermia.

Al Punto 10 lettera c) *Chirurgia maxillo - facciale*, al Punto 24 *Interventi chirurgici generici in regime privato*, al Punto 25 *Interventi chirurgici per menomazioni funzionali in regime privato* e al Punto 26 *Chirurgia in oculistica* sono state modificate le tariffe nel modo seguente:

- 60% della spesa relativa il comfort alberghiero fino ad un massimo di Euro 500,00 anziché 1.000,00;
- 60% della spesa relativa la degenza (*assistenza, diagnostica, farmaci e materiale vario di medicazione*) fino ad un massimo di Euro 1.500,00 anziché 1.000,00.

Chiarito che il “comfort alberghiero” può essere rimborsato singolarmente - se autorizzato dalla Linea Sanitaria - che valuterà la reale necessità di pagare la camera pur effettuando l'intervento chirurgico in regime pubblico.

Alla Terza e ultima parte del testo normativo, le modifiche apportate riguardano l'Articolo 17 dove è stato precisato che i soci per dimostrare la totale estraneità ai fatti contestati devono presentare denuncia alle Autorità inquirenti (Procura della Repubblica, Autorità di Pubblica Sicurezza).