

RIMBORSI: LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Per evitare che vengano sottovalutate prestazioni sanitarie fruitive dall'assistito, è importante che la documentazione presentata al Fondo per i rimborsi sia il più possibile dettagliata. Vediamo alcuni casi specifici

I Fasdac effettuano i rimborsi secondo un Nomenclatore tariffario che riporta analiticamente le singole prestazioni con le relative tariffe massime di rimborso. Conseguentemente, tanto più il Fondo è in possesso dei dettagli delle singole prestazioni con i relativi importi, tanto più può ricondurle al Nomenclatore

e, in ultima analisi, liquidare la pratica nella maniera più congrua.

A tal fine, oltre ai dettagli delle prestazioni effettuate (voci e importi), il Fondo si avvale della richiesta di documentazione sanitaria, nello specifico: prescrizioni mediche, diagnosi, certificati medici, cartelle cliniche am-

bulatoriali o ospedaliere, referti degli esami diagnostici, certificati di conformità e quant'altro. Tale documentazione è altrettanto necessaria per poter individuare tecniche, sedi anatomiche, procedure, materiali utilizzati per le protesi dentarie ecc., indispensabili per la definizione del rimborso.



Casi specifici

Forfait

Alcune strutture rilasciano documenti di spesa in cui sintetizzano in un'unica voce omnicomprendiva, spesso indicata genericamente come forfait, le prestazioni sanitarie dispensate ai propri pazienti.

Nella nostra esperienza, la dicitura forfait è riconducibile a molteplici prestazioni. Per esempio, in una fattura di ricovero potrebbe comprendere: l'équipe chirurgica, la degenza, la sala operatoria, i medicinali, i materiali utilizzati, gli accertamenti diagnostici eseguiti ecc.

Se il dettaglio della fattura è presente nella richiesta di rimborso, la voce forfettaria scomposta è rimborsabile per le singole prestazioni effettuate, nei limiti delle tariffe massime di rimborso indicate nel Nomenclatore tariffario. Tale suddivisione è un'operazione che il Fondo non può eseguire in autonomia in quanto non è a conoscenza degli importi effettivamente applicati dai luoghi di cura per ciascuna prestazione.

Per quanto sopra, applicando un principio di miglior favore agli assistiti, le pratiche contenenti fatture prive di dettaglio vengono sospese: l'intento è di poter riconoscere il giusto rimborso, evitando di sottovalutare o omettere prestazioni sanitarie fruitive dall'assistito.

Terapie fisiche e riabilitative

Lo stesso criterio di valutazione deve essere applicato alle terapie fisiche e riabilitative, in cui il

termine generico "fisioterapia", o "fisiocinesiterapia", non permette al Fondo di poter rimborsare la corretta tariffa corrispondente alla prestazione effettuata. Nel Nomenclatore tariffario esistono numerose voci, ognuna delle quali ha una tariffa di riferimento. Va da sé che, in assenza del dettaglio del tipo di terapia effettuata, non è possibile valutare correttamente il rimborso dovuto.

Diagnosi

La normativa del Fondo prevede che i rimborsi di alcune prestazioni varino in base alla diagnosi. Ad esempio, la tariffa delle visite specialistiche, se effettuate per particolari patologie - ad esempio oncologica, morbo di Parkinson, malattia di Alzheimer, sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica (Sla), malattia di Huntington, emorragia e infarto cerebrale - si innalza a 200 euro anziché 65 euro, che è la quota rimborsata per tutte le altre patologie.

Anche nel caso delle lenti correttive della vista, se conseguenti a glaucoma o cheratacono, asportazione cataratta o distacco di retina, è previsto un rimborso su base annua anziché triennale.

Ne deriva una diversa erogazione del rimborso da parte del Fondo e l'esigenza - nell'incertezza - di richiedere ulteriori certificati medici che chiariscano la patologia.

Chirurgia ambulatoriale dermatologica

Alcuni interventi di chirurgia ambulatoriale dermatologica han-

no tariffe differenziate a seconda della parte anatomica sede dell'intervento, della tecnica utilizzata, del numero di lesioni asportate e della natura benigna o maligna della lesione asportata.

Anche in questo caso, in assenza di adeguata documentazione, il Fondo richiederà all'assistito la cartella clinica ambulatoriale o, in alternativa, una relazione medica dettagliata dell'intervento e il referto dell'esame istologico.

Massimali

Altre prestazioni sono soggette a specifici massimali che, oltre ad essere quantitativi, possono riferirsi a sedi anatomiche diverse. Per esempio, l'apparecchio acustico è rimborsabile ogni tre anni per singolo orecchio. Di conseguenza, il Fondo ha l'esigenza di acquisire un certificato che indichi con esattezza per quale orecchio sia stato prescritto.

Lo stesso discorso vale per alcune terapie fisiche il cui rimborso è soggetto a un massimale quantitativo ma, allo stesso tempo, conteggiato per singola sede anatomica (ad esempio, gamba destra, braccio sinistro, ginocchio destro, polso sinistro ecc.).

Conclusioni

In quest'ottica, per tutto quanto sopra esposto, la richiesta di ulteriori dettagli da parte del Fondo non deve essere concepita come un appesantimento burocratico, bensì come un modo per poter erogare correttamente i rimborsi.