



In questo numero parliamo di...

Polizza Sanitaria 2022...

Carissime Iscritte,
Carissimi Iscritti,

in questo numero di **UILCA Gruppo MPS Focus** abbiamo elaborato una sintesi delle principali caratteristiche della Polizza Sanitaria per i dipendenti della Banca e i familiari assicurati.

Il percorso che ha portato al rinnovo del Piano di rimborso delle spese mediche per il 2022 non è stato affatto semplice. La scadenza della convenzione triennale sottoscritta con Poste Assicura, ha reso necessario lavorare a nuove soluzioni, che si sono prospettate incerte fino agli ultimi mesi dell'anno, oltre che considerevolmente più onerose per la nostra Azienda.

L'accordo raggiunto fra Azienda e Poste Assicura prevede un rinnovo annuale della Polizza Sanitaria e conferma le principali prestazioni, mantenendo i massimali precedenti.

La polizza lascia invariato l'importo del contributo per l'inserimento dei familiari non fiscalmente a carico, pur prevedendo alcune modifiche sulle franchigie applicate nei rimborsi delle prestazioni di medicina preventiva se effettuate in strutture non convenzionate e in determinate tipologie di esami/interventi.

Nel documento riportiamo le principali caratteristiche del Piano Spese Mediche per il 2022, alcune informazioni utili per la gestione e l'inoltro dei rimborsi e le variazioni intervenute rispetto allo scorso anno.

[Raccomandiamo in ogni caso per completezza di informazione, una lettura integrale della normativa di riferimento "Programma spese mediche per i dipendenti della banca" \(D1557\), del Manuale Caspie e dei disciplinari caricati presso la propria Anagrafica su Caspieonline.](#)

Riteniamo che il rinnovo della polizza sia stato fondamentale, considerando gli ambiti in cui la stessa può fare la differenza per noi e per le nostre famiglie, in particolare alla luce della situazione che sta vivendo il nostro Gruppo. Vista la durata annuale, auspichiamo che nei mesi seguenti si continui nella ricerca di soluzioni migliorative per il prossimo rinnovo.

Buona lettura!

Carlo Magni
Segretario Responsabile UILCA GRUPPO MPS

SOMMARIO:

Introduzione a cura di Carlo Magni	1
Programma di rimborso spese mediche per i Dipendenti della Banca	2
Contatti Caspie	3
Nucleo familiare assistito	4
Familiari fiscalmente non a carico	5
Prestazioni	6
Principali novità	7
Richiesta in forma diretta	8
Richiesta in forma indiretta	9
Documentazione necessaria	10
Medicina preventiva e cure dentarie	11
FACCI SAPERE COSA PENSII!	12



Programma spese mediche per i Dipendenti della Banca

Documento 1557 Normativa Aziendale Banca Monte dei Paschi di Siena S.p.A

La Banca garantisce al Personale un Programma di rimborso delle spese mediche sostenute a seguito di malattia, infortunio e medicina preventiva, in regime assicurativo con POSTE ASSICURA per il tramite della Cassa di Assistenza Sanitaria CASPIE.

Sono ammesse al rimborso le **spese sostenute nelle strutture sanitarie di tutto il mondo.**

Il Programma di Rimborso Spese Mediche (RSM) è adottato per il 2022 dalla Banca MPS per garantire le prestazioni sanitarie per il Personale in servizio e ne dettaglia i contenuti riservati alle seguenti categorie:

- Dirigenti;
- Quadri Direttivi di 3° e 4° livello;
- Quadri Direttivi di 1° e 2° livello e 1a, 2a e 3a Area Professionale.

Gli specifici contenuti dei Programmi relativi al Personale in quiescenza e nel "Fondo di solidarietà per la riconversione e riqualificazione professionale, per il sostegno dell'occupazione e del reddito del personale del credito" (di seguito Fondo di Solidarietà) sono definiti con specifiche comunicazioni agli interessati.

Le prestazioni relative al Piano destinato al Personale in servizio (ed in Fondo di Solidarietà) sono riportate in dettaglio nei Disciplinari specificatamente dedicati alle categorie di appartenenza e disponibili nell'area personale, dopo la registrazione accessibile da www.caspieonline.it:

- Dirigenti – Disciplinare A;
- Quadri Direttivi di 3° e 4° livello - Disciplinare B;
- Aree Professionali e Quadri Direttivi di 1° e 2° livello - Disciplinare C;
- per tutte le categorie "Prestazioni odontoiatriche" – Disciplinare F.

La copertura viene fissata in relazione all'inquadramento ricoperto all'inizio dell'anno (01.01.2022) a nulla rilevando eventuali promozioni intervenute nel corso dell'anno medesimo, anche con decorrenza precedente al 01.01.2022.



CONTATTI CASPIE

ACCESSO AREA RISERVATA SITO INTERNET WWW.CASPIEONLINE.IT

Dal sito, previa registrazione, si accede all'area riservata dove è possibile:

- a) consultare i Disciplinari di riferimento;
- b) variare i propri dati anagrafici;
- c) verificare lo stato delle proprie richieste di rimborso;
- d) visualizzare e scaricare le comunicazioni relative a rimborsi sospesi/ respinti;
- e) effettuare le Richieste di rimborso on line (forma Rimborsuale) caricando direttamente (upload) la relativa documentazione medica e di spesa necessaria ai fini del rimborso;
- f) integrare la documentazione medica e di spesa richiesta ai fini della definizione delle richieste di Rimborso (forma Rimborsuale) già inoltrate in precedenza ma in modo incompleto (pratiche in stato "sospesa in attesa ulteriore documentazione");
- g) integrare la documentazione eventualmente necessaria alla struttura sanitaria per l'autorizzazione in forma diretta;
- h) consultare l'elenco delle Strutture Sanitarie del Network Convenzionato Poste Protezione;
- i) scaricare la Modulistica ed i Manuali operativi;
- j) scaricare il Prospetto Liquidativo per ogni singolo Rimborso, necessario ai fini della dichiarazione dei redditi;

NUMERO VERDE CASPIE 800254313 – tasto 6 (dedicato agli assistiti del Gruppo MPS)

Lunedì, mercoledì e venerdì dalle 9 alle 13.

INDIRIZZI E-MAIL

www.caspieonline.it -> area riservata

- **rimborsi@caspie.it** (per informazioni sulle pratiche di rimborso e sulle normative assistenziali),
- **autorizzazioni@caspieonline.it** (per informazioni sulla Rete Convenzionata o l'attivazione urgente di prestazioni in forma diretta),
- **anagrafica@caspie.it** (per ogni informazione relativa al nucleo familiare assicurato),
- **webcaspie@caspie.it** (per problemi di accesso al portale Caspieonline),
- **reclami@caspie.it**.

Programma spese mediche per i Dipendenti della Banca

NUCLEO FAMILIARE ASSISTITO

Il contributo corrisposto dalla Banca consente l'attivazione delle prestazioni previste dal Programma RSM in favore del dipendente e dei seguenti **familiari fiscalmente a carico**:

- **il coniuge** non legalmente o effettivamente separato; parte di unione civile;
- **i figli**; la copertura si intende estendibile anche in caso di affidamento o adozione.

Sono considerati fiscalmente a carico i familiari che percepiscono un reddito annuo lordo non superiore ai limiti previsti (attualmente 2.840,51 euro, eccetto per i figli sino a 24 anni di età per i quali il limite viene innalzato a 4.000 euro).

La persona 'convivente more uxorio' è sempre considerata non a carico fiscalmente.

Il requisito del carico fiscale deve essere accertato – di norma – al momento della decorrenza delle prestazioni (inizio anno 2022); la Banca si riserva di effettuare i necessari controlli per verificare la sussistenza del carico fiscale.

Ai fini del Programma RSM, sono considerati **familiari fiscalmente non a carico**, con **contributo a carico del dipendente**:

- il **coniuge fiscalmente non a carico** e non legalmente o effettivamente separato; parte di unione civile;
- **convivente more uxorio** purché ricompreso nello stesso stato di famiglia del dipendente;
- i **figli fiscalmente non a carico** purché **conviventi**, cioè ricompresi nello stesso stato di famiglia del dipendente

Non è consentito l'inserimento nel Programma RSM di altri familiari, anche se conviventi e a carico del dipendente, quali i genitori, i figli del coniuge o della parte di unione civile (e non del Dipendente) o della 'persona convivente more uxorio', i suoceri, i fratelli, le sorelle, i nipoti, ecc.

Programma spese mediche per i Dipendenti della Banca

FAMILIARI FISCALMENTE NON A CARICO

Per i familiari fiscalmente non a carico alla luce delle variazioni nelle garanzie introdotte nel 2022, **per l'annualità 2022 non si applica il vincolo triennale di inclusione**; quindi potranno essere esclusi dal nucleo familiare assistito anche familiari fiscalmente non a carico inseriti da meno di tre annualità.

In ogni modo, resta confermato che l'adesione al Programma dei familiari fiscalmente non a carico deve avvenire senza soluzione di continuità, pena la decadenza al diritto di inclusione al Piano; ne consegue che l'eventuale esclusione per l'annualità 2022, preclude la possibilità di includere il familiare negli anni successivi.

Eventuali modifiche al nucleo familiare assicurato, devono essere comunicate scrivendo a anagrafica@caspie.it;

L'esclusione anticipata dal Piano di un familiare fiscalmente non a carico, rispetto al vincolo dei 12 mesi, è consentita soltanto al verificarsi dei seguenti motivi:

- separazione o divorzio;
- uscita dallo stato di famiglia;
- adesione ad altra analoga copertura sanitaria collettiva o individuale;
- reddito percepito inferiore al limite per essere considerati non a carico;
- decesso.

Nei casi citati, il contributo è dovuto comunque per l'intera annualità in cui è avvenuto l'evento, senza quindi previsione di rimborso della quota parte.

La copertura decorre dal 1° gennaio 2022, fatti salvi i casi di ingresso del familiare nel nucleo in corso d'anno (ad esempio per matrimonio, nascita, ecc.). In questi casi occorre **entro 30 giorni** comunicare la variazione a Caspie scrivendo ad **anagrafica@caspie.it**.

Nei casi in cui la copertura di un familiare inizi nel secondo semestre, per i seguenti motivi:

- assunzione del dipendente,
- matrimonio o inizio convivenza successivi al 30.06.2022, il contributo richiesto è pari al 60% del contributo annuale.

Programma spese mediche per i Dipendenti della Banca

PRESTAZIONI

Il Programma prevede il pagamento delle spese per cure mediche sostenute a causa di malattia, infortunio o parto.

A partire dal **18 febbraio**, sarà possibile attivare i convenzionamenti diretti per Dipendenti e familiari fiscalmente a carico e dal **21 marzo** anche per i familiari fiscalmente non a carico. Inoltre, dal **18 febbraio** potranno essere inserite nel portale CASPIE le richieste di rimborso delle spese mediche sostenute da inizio

"malattia": ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio

"infortunio": ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

NON RIENTRANO NELLA COPERTURA

- ⇒ VISITE, ACCERTAMENTI E QUANT'ALTRO CONCERNENTI LA MEDICINA PREVENTIVA, AD ECCEZIONE DI QUANTO INDICATO A PAGINA 7 DEL DISCIPLINARE;
- ⇒ VISITE, ACCERTAMENTI E QUANT'ALTRO INERENTI IL SEGUIMENTO DI NORMALI STATI FISIologici (GRAVIDANZA, ANDROPAUSA, MENOPAUSA, FAMILIARITÀ, ECC.).

Il Piano prevede il pagamento delle prestazioni oggetto dell'assistenza con le seguenti modalità:

- **Prestazioni effettuate in regime di convenzione diretta** con le strutture della rete **Poste Protezione** visualizzabile in www.caspieonline.it -> rete sanitaria: sono corrisposte dalla Compagnia Assicuratrice direttamente alle Strutture nei limiti del massimale, cioè della spesa massima rimborsabile prevista ai termini di Disciplinare per la prestazione effettuata; all'assistito resta l'onere di regolare alla citata Struttura l'eventuale quota prevista per franchigia e/o scoperto.
- **Prestazioni effettuate fuori regime di convenzione diretta**: le spese sostenute dall'assistito vengono rimborsate al netto dell'eventuale franchigia e/o scoperto, nei limiti del massimale, cioè della spesa massima rimborsabile prevista ai termini di Disciplinare per la prestazione effettuata.

La Compagnia Assicuratrice provvede a riconoscere agli assistiti le somme ammesse a rimborso a mezzo di bonifico bancario sul conto corrente dell'interessato, ovvero sul conto corrente indicato nell'area personale del portale CASPIE.

CASPIE provvede a pubblicare, nell'area riservata personale del sito www.caspieonline.it i prospetti liquidativi aggiornati riportanti i dettagli dei rimborsi effettuati nel corso dell'annualità assicurativa: un prospetto inerente le cure dentarie (in autoassicurazione) ed un prospetto inerente le altre prestazioni (in regime assicurativo).

Programma spese mediche per i Dipendenti della Banca

PRINCIPALI NOVITA'

REVISIONE DELLE FRANCHIGIE:

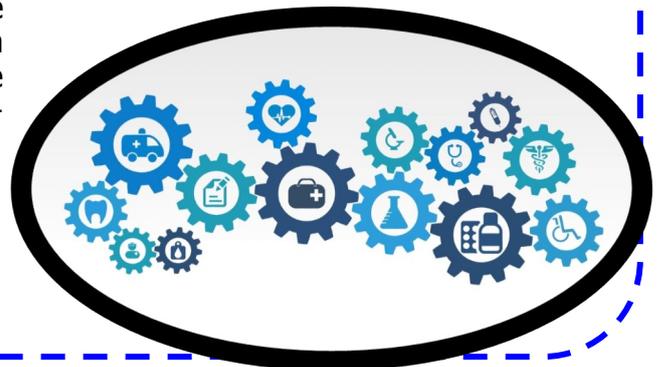
- ⇒ sulle prestazioni di medicina preventiva se effettuate fuori Rete Convenzionata
- ⇒ sulle specialistiche extraospedaliere (eliminazione dello scoperto minimo per le prestazioni in Rete Convenzionata)
- ⇒ sui ricoveri (in Rete Convenzionata e fuori Rete)

GARANZIE	IN RETE CONVENZIONATA	FUORI RETE CONVENZIONATA
MEDICINA PREVENTIVA	NESSUNO SCOPERTO/ FRANCHIGIA	- SCOPERTO 15% - MINIMO 50 €
SPECIALISTICHE EXTRAOSPEDALIERE	SCOPERTO 15%	- SCOPERTO 15% - MINIMO 50 €
AREA RICOVERI	- SCOPERTO 3% RICOVERO - SCOPERTO 200 € DH - SCOPERTO 200 € INT. AMBULATORIALE	FINO A 50.000 € SCOPERTO 15% MINIMO 1.000 €, OLTRE 50.000 € SCOPERTO MASSIMO 7.500 € - SCOPERTO 500 € DH - SCOPERTO 350 € INT. AMBULATORIALE

- ⇒ Allineamento dei disciplinari per tutti gli inquadramenti
- ⇒ Contributo annuo a carico del Dipendente per l'eventuale inclusione di familiari fiscalmente non a carico (in unica soluzione o rateizzabile):

Dirigenti, QD3, QD4 euro 650
Aree Professionali, QD1, QD2 euro 450

N.B.: Come ogni anno l'accesso alle prestazioni in forma diretta (ovvero in Rete Convenzionata) sarà possibile dopo l'avvio della "Campagna Adesioni".



MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

COSA FARE IN CASO DI:

RICHIESTA IN FORMA DIRETTA:

- ⇒ Accedere al sito **www.caspieonline.it**
- ⇒ Selezionare il menù Rete Sanitaria;
- ⇒ Accertarsi che la Struttura prescelta risulti convenzionata con Poste Protezione;
- ⇒ Accedere al menù Stampa Card per annotarsi e/o stamparsi il proprio codice di adesione Poste Assicura;
- ⇒ Prenotare la prestazione presso la Struttura fornendo il proprio codice di adesione e la documentazione medica a supporto prevista dal Disciplinare di riferimento.

EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI IN FORMA DIRETTA

La Struttura sanitaria erogherà la prestazione sulla base di quanto indicato nell'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa e tratterà all'Assistito esclusivamente gli importi rimasti a suo carico secondo quanto previsto dal Disciplinare di riferimento.

L'Assistito firmerà la Dichiarazione di Responsabilità alla Struttura Sanitaria. In assenza di quest'ultima non sarà possibile effettuare le prestazioni in forma diretta.

Sarà la Struttura Sanitaria ad inviare alla Centrale Operativa tutta la documentazione medica e di spesa relativa alla prestazione fruita ed il pagamento avverrà in forma diretta alla Struttura/professionisti in virtù dell'accordo di convenzionamento.

Eventuali spese sostenute in forma Rimborsuale e associate all'evento principale avvenuto in forma diretta (ed esempio spese pre/post associate a ricovero in forma diretta), verranno rimborsate solo a seguito dell'avvenuta definizione dell'evento principale.

Attenzione: le spese pre - ricovero/intervento ambulatoriale, non essendosi ancora verificato "l'evento principale" (cioè il ricovero), non possono essere autorizzate preventivamente.

Pertanto le spese potranno essere presentate in forma rimborsuale - garanzia ricoveri - solo successivamente al verificarsi dell'evento principale (ricovero) allegando alla richiesta di rimborso anche la documentazione medica relativa all'evento principale (cartella clinica/relazione clinica); diversamente le spese verranno liquidate (in presenza di diagnosi o quesito diagnostico) secondo le specifiche garanzie se previste dal Disciplinare di riferimento.

Il rispetto della Procedura descritta è condizione necessaria per l'attivazione delle prestazioni in forma diretta. Nel caso l'Assistito non la attivasse dovrà sostenere in proprio le spese, salvo poi procedere alla richiesta di rimborso in forma rimborsuale (con applicazione dei limiti per questa previsti dal Disciplinare).

MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI**COSA FARE IN CASO DI:****RICHIESTA IN FORMA INDIRECTA:**

- ⇒ Accedere al sito **www.caspieonline.it**;
- ⇒ Selezionare il menù Richiesta di Rimborso;
- ⇒ Selezionare la voce Inoltra Richiesta e procedere con il caricamento della documentazione sanitaria e di spesa.

EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI IN FORMA RIMBORSUALE

Qualora l'Assistito fruisca di prestazioni sanitarie non avvalendosi delle Strutture Sanitarie convenzionate (compreso l'utilizzo del SSN), potrà richiedere il rimborso delle spese sostenute che avverrà secondo quanto stabilito dal Disciplinare di riferimento.

In questo caso l'Assistito, a cure ultimate, dovrà inviare a CASPIE tutta la documentazione sanitaria e di spesa:

- **Via Web** : nell'Area Riservata del sito www.caspieonline.it con caricamento (upload) della documentazione completa.
- **Tramite APP**: mediante l'applicazione mobile compatibile sia per IOS che per Android e previa registrazione sul sito www.caspieonline.it

Qualora l'Assistito non disponesse di accesso ad Internet o di uno smartphone, la documentazione potrà essere inoltrata tramite posta al seguente indirizzo:

**CASPIE – Via Ostiense 131 L – Corpo D
Sesto Piano – 00154 Roma**

La documentazione inoltrata (via posta) dovrà essere prodotta IN FOTOCOPIA.

Eventuali originali che dovessero pervenire per errore non verranno restituiti a meno di richiesta scritta da parte dell'Assistito inviata tramite Posta ordinaria e nell'esclusivo caso di richiesta da parte dell'Autorità competente (Agenzia delle Entrate). La copia della cartella clinica dovrà essere completa e conforme all'originale.

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA

La documentazione dovrà essere:

- Inoltrata (via web/posta), entro i termini previsti dal Disciplinare di riferimento;
- Accompagnata dal Modulo di Richiesta di Rimborso (disponibile nella sezione modulistica del sito www.caspieonline.it) debitamente compilato e firmato segnatamente nella parte relativa all'autorizzazione al Trattamento dei dati sensibili in assenza della quale la richiesta di rimborso non potrà essere definita (motivo di sospensione);
- Completa ai fini del rimborso
- In caso di spese riferite ad **infortunio** dovrà sempre essere allegato verbale di pronto soccorso o, in caso di mancato accesso al pronto soccorso, autocertificazione contenente la data ed il luogo dell'infortunio e la dinamica dettagliata; **fatta eccezione per la fisioterapia e la laserterapia post infortunio, rimborsabili solo ed esclusivamente in presenza del verbale di pronto soccorso ospedaliero o equivalente struttura ospedaliera comprovante l'avvenuto l'infortunio.**
- In caso di **intervento ambulatoriale** dovrà sempre essere allegata prescrizione medica completa di patologia, nonché descrizione dettagliata dell'intervento con indicazione della tecnica utilizzata;
- In caso di **ricovero con o senza intervento** dovrà sempre essere allegata la cartella clinica completa di diario clinico ed eventuale verbale di sala operatoria;
- In caso di spese riferite a **gravidanza in presenza di stato patologico accertato o presunto** dovrà sempre essere allegato il certificato medico attestante lo stato fisiologico e la data presunta del parto, oltre alla prescrizione medica;
- In caso di spese riferite a **visite o ad accertamenti diagnostici**, per ogni prestazione, dovrà sempre essere presente il sospetto patologico accertato o presunto;

Non potranno essere ammessi a rimborso documenti di spesa che presentino cancellature o correzioni (es.: l'apposizione anche successiva della diagnosi deve essere timbrata e firmata dal medico.

MEDICINA PREVENTIVA

In caso di spese riferite alla "medicina preventiva" **non è necessariamente richiesta la prescrizione medica; qualora dalla documentazione prodotta (eventualmente anche quella inerente l'avvenuto pagamento), sia desumibile che trattasi di prestazione effettuata per prevenzione/accertamento preventivo/controllo/ecc.** relativa ad una delle tipologie previste dal Disciplinare di riferimento in fase di caricamento sul portale web, si dovrà indicare che trattasi di prestazioni per "medicina preventiva".

IL TAMPONE PER COVID 19

Il tampone è un esame diagnostico non incluso nella medicina preventiva, pertanto il rimborso è riconosciuto solo in presenza di Richiesta medica con diagnosi di Malattia, con l'applicazione delle franchigie e dei massimali previsti in base all'utilizzo o meno delle strutture convenzionate.



CURE DENTARIE

Limitatamente al Piano Cure dentarie (Disciplinare F), viene mantenuta la modalità dell'auto-assicurazione in cui si prevede che le prestazioni vengano erogate entro le sole disponibilità finanziarie destinate allo scopo all'inizio di ciascuna annualità e secondo quanto previsto dalla normativa (disciplinari).

La Polizza rimborsa le spese per prestazioni odontoiatriche entro il limite massimo di € 800,00 anno/nucleo (intendendo per nucleo l'Assistito e tutti i componenti il nucleo fiscalmente a carico) e di € 800,00 anno/pro-capite per ciascuno dei familiari fiscalmente non a carico inseriti in assistenza. La CASPIE effettua il rimborso direttamente all'Assistito, anche per le spese che riguardano altri componenti il del nucleo familiare.

Ricordiamo che per il riparto resta garantita la soglia minima di rimborso di 96 euro, così come da disciplinare.

Il rimborso delle cure dentarie 2021 presentate entro il 31 gennaio 2022 saranno, come di consueto, accreditate nei c/c degli Assistiti entro la fine del mese di marzo.

EDITORIALE DEL TEAM COMUNICAZIONE UILCA MPS

Contenuti a cura di
Lucia Rinaldi e Siria Bocalini

FACCI SAPERE COSA PENSI!

Ti è piaciuta questa nuova pubblicazione?
Hai trovato utili gli argomenti inseriti?

Esprimi la tua opinione!

Ascolteremo tutte le vostre proposte per crescere e migliorare insieme!

Facci sapere se c'è un argomento che gradiresti fosse approfondito in queste pagine di
Uilca Gruppo MPS Focus!



Via Ricasoli 40
uilca.mps@uilca.it
0577 48589 - 0577 299719
uilca.mps@uilca.it

UILCA GRUPPO MPS



UILCA

GRUPPO MONTEPASCHI

Tutto e di più dal tuo sindacato

UIL CREDITO ESATTORIE
E ASSICURAZIONI

NON SEI ANCORA ISCRITTO?

**CLICCA QUI PER SCARICARE LA DELEGA
E USUFRUIRE DELLA NOSTRA ASSISTENZA
E DEI NOSTRI SERVIZI**

O SCRIVI A UILCA.MPS@UILCA.IT