



DATA: **30/01/2015** DATA SCADENZA: Fino a revoca

CODICE TESTO: **D 01557 007 NMOG** CODICE RISORSA AAA004MPY

OGGETTO: **Programma spese mediche per i Dipendenti della Banca**

MACROPROCESSO: RISORSE UMANE

PROCESSO: Presidio adempimenti amministrativi del personale

SEGMENTO DI MERCATO: Non applicabile
(prevalentemente interessato)

RUOLI: TUTTI
(prevalentemente interessati)

SERIE/SETTORE/SERVIZIO: 23 / 2 / 1

TESTI ANNULLATI:

PRESA VISIONE: 1 senza formalità

STRUTTURA EMANANTE: **(5836) HR SERVICES**

ASSISTENZA DI TIPO **cfp par. 1.4**
TECNICO/OPERATIVO:

INDICE

1 - QUADRO DI SINTESI.....	2
1.1 - PRINCIPALI CONTENUTI NORMATIVI E INFORMATIVI	2
1.2 - AGGIORNAMENTI E MODIFICHE RISPETTO ALLA VERSIONE PRECEDENTE.....	2
1.3 - DESTINATARI	3
1.4 - RIFERIMENTI PER ASSISTENZA	3
1.5 - ELENCO FUNZIONI E RUOLI INTERESSATI	4
2 - PROGRAMMA RIMBORSO SPESE MEDICHE.....	4
2.1 - CARATTERISTICHE.....	4
2.2 - BENEFICIARI.....	5
2.3 - PRESTAZIONI	5
2.3.1 - Definizione degli eventi assistiti	5
2.3.2 - Prestazioni relative al sotto-fondo destinato al Personale in servizio.....	6
2.3.3 - Prestazioni relative al sotto-fondo vincolato per cure dentarie.....	6
2.4 - MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	7
2.5 - TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO SPESE 2014	8
2.6 - NUCLEO FAMILIARE ASSISTITO	8
2.6.1 - Definizione e Quote di Adesione	8
2.6.2 - Comunicazione Nucleo Familiare Assistito.....	10
2.7 - UTILIZZO DELLE STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON CASPIE.....	11
2.8 - ACCORDO CON AZIENDA USL 7 DI SIENA.....	12
2.9 - PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO SPESE 2015.....	13
2.10 - CONTROLLI DA PARTE DELLA CASSA SANITARIA E DELLA BANCA	14
2.11 - CONTROVERSIE	14
2.12 - ASPETTI FISCALI	14

1 - QUADRO DI SINTESI

1.1 - PRINCIPALI CONTENUTI NORMATIVI E INFORMATIVI

Il documento illustra le caratteristiche del "Programma di Rimborso Spese Mediche (RSM)", adottato dalla Banca MPS **a decorrere dal 1° gennaio 2015** per garantire le prestazioni sanitarie per il personale in servizio ed in quiescenza e dettaglia le caratteristiche del Programma riservato alle seguenti categorie:

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

Gli aspetti del Programma relativi alle categorie dei Dirigenti e del personale in quiescenza sono definiti con specifica comunicazione agli interessati.

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

Termini fissati per le principali scadenze:

Entro e non oltre il 31 gennaio 2015	termine per la presentazione a CASPIE delle richieste di rimborso per spese mediche 2014
Entro e non oltre 13 febbraio 2015	termine ultimo per l'inserimento dei familiari nel programma Polizza Sanitaria (RSM)
Nel cedolino paga di marzo 2015	trattenuta relativa all'eventuale scelta di inclusione dei familiari non fiscalmente a carico
Entro e non oltre il 31 Gennaio 2016	termine per la presentazione a CASPIE delle richieste di rimborso per spese mediche 2015

La Banca garantisce al Personale in servizio ed in quiescenza un programma di rimborso delle spese mediche sostenute a seguito di malattia o infortunio per il tramite della Cassa di Assistenza CASPIE.

Le indicazioni fornite nel documento consentono di approfondire le caratteristiche del Programma, individuandone i beneficiari, le prestazioni fornite, i termini e le modalità di adesione, nonché quelle di erogazione e di richiesta di rimborso delle spese mediche presentate. Il dettaglio dei contributi economici previsti, diversificati in base alle categorie di appartenenza degli Assistiti, è riportato nei rispettivi Disciplinari, accessibili tramite link:

- [Disciplinare C per Aree Professionali - QD1 e QD2;](#)
- [Disciplinare B per QD3 e QD4;](#)
- [Disciplinare F – cure odontoiatriche esteso a tutte le categorie.](#)

Prima di stampare questo documento, assicurarsi che sia davvero necessario.

1.2 - AGGIORNAMENTI E MODIFICHE RISPETTO ALLA VERSIONE PRECEDENTE

La presente versione 7 rappresenta una ripubblicazione tecnica della versione 6 del documento, senza alcuna variazione dei contenuti.

Le modifiche apportate rispetto alla versione 5 sono:

- 1.1 Principali contenuti normativi e informativi: sono stati aggiornati i termini delle scadenze fissate;

- 1.3 Destinatari: i contenuti del documento vengono estesi anche alle altre Aziende del Gruppo;
- 1.4 Riferimenti per assistenza: sono stati aggiornati alcuni riferimenti per l'assistenza;
- 2.4 è stata introdotta una precisazione sulle prestazioni;
- 2.6.1 Definizione e quote di adesione: sono stati introdotti alcuni chiarimenti sul nucleo familiare assistito;
- 2.6.2 Comunicazione nucleo familiare assistito: sono state introdotte nuove modalità per l'aggiornamento per perimetro del nucleo assistito;
- 2.9 Presentazione delle richieste di rimborso spese 2015: è stato aggiornato un indirizzo Caspie e introdotto un chiarimento sul rimborso delle prestazioni in medicina preventiva;
- 2.11 Controversie: sono stati aggiornati i riferimenti di competenza.

Sono state aggiornate le scadenze.

Le modifiche sono evidenziate in giallo.

1.3 - DESTINATARI

Banca MPS, Banca Widiba, MPS L&F, MPS Capital Services, Consum.it.

MPS L&F, MPS Capital Services, Consum.it emanano analoga normativa nel rispetto delle regole e dei processi di seguito descritti, adeguando regole, responsabilità e processo interni, in coerenza con le proprie caratteristiche e dimensioni.

1.4 - RIFERIMENTI PER ASSISTENZA

Per informazioni o chiarimenti sul Programma RSM e sulle modalità da seguire per l'accesso alla Rete convenzionata o per la richiesta di rimborso, **CASPIE riserva un contatto telefonico espressamente dedicato agli assistiti del Monte dei Paschi di Siena**, che potranno rivolgersi al

NUMERO VERDE CASPIE 800254313 – TASTO 6

dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 13 e dalle 15 alle 17

www.caspieonline.it

rimborsi@caspie.it

- per informazioni sulle pratiche di rimborso, sulle normative assistenziali, digitare tasto 1
- per problemi di accesso al portale CaspieOnLine o per assistenza sul Web digitare tasto 2
- per informazioni sulla Rete Convenzionata CASPIE, digitare tasto 3

La Funzione Amministrazione Risorse Umane può essere contattata esclusivamente per:

- anomalie inerenti gli adempimenti relativi all'inserimento ad inizio anno del nucleo familiare assistito;
- imprevedibili variazioni del nucleo familiare intervenute dopo la chiusura della campagna adesioni.

Numeri telefonici Help Desk: 049 6993035/6993006 - 0577 299392

Indirizzo di posta elettronica: amministrazionepersonale.aru@mps.it

Tramite il sito internet www.caspieonline.it, dopo essersi registrati, è possibile:

- inoltrare le richieste di rimborso delle spese mediche sostenute;

- consultare le pratiche inviate, il prospetto riepilogativo dei rimborsi effettuati, i massimali residui, il nucleo familiare assistito e la normativa di riferimento;
- verificare il proprio indirizzo al quale CASPIE recapita le eventuali comunicazioni nonché le coordinate del conto corrente sul quale accredita ogni singolo rimborso.

Sull'Intranet aziendale i dipendenti possono in qualsiasi momento consultare la propria posizione e la documentazione (presente documento normativo e Disciplinari delle garanzie in copertura) e, durante la "campagna adesioni" procedere con le eventuali segnalazioni relative al proprio nucleo familiare assicurato. L'accesso può avvenire:

- dall'Intranet aziendale, sezione "Risorse Umane", *link* "Polizza RSM";
- in alternativa accedendo alla sezione riservata alla Polizza Sanitaria presente nel Self Service di Paschi People.

L'accesso all'applicativo può avvenire anche da terminali esterni alla rete intranet aziendale, digitando il seguente indirizzo:

https://psoft.gruppo.mps.it/mps_pspro.jsp

e inserendo, nella successiva maschera di autenticazione le credenziali di accesso ai sistemi aziendali secondo le seguenti modalità:

Nome Utente: MPS.LOCAL\S<numero di matricola senza CIN>

Password: <password aziendale>

Una volta effettuato l'accesso, è possibile navigare alle pagine di interesse attraverso il 'Menù principale'.

1.5 - ELENCO FUNZIONI E RUOLI INTERESSATI

Quadro di raccordo tra "Nome convenzionale Funzione" e Struttura vigente:

Nome Convenzionale Funzione	Struttura Organizzativa
Amministrazione Risorse Umane	BMPS e Widiba: Servizio HR Services di BMPS- Settore Amministrazione Risorse Umane - Reparto Servizi Amministrativi ai Dipendenti

Quadro di raccordo tra "Nome convenzionale Ruolo" e Ruolo vigente:

Nome Convenzionale Ruolo	Ruolo
Dipendente	BMPS e Widiba : Tutti i dipendenti

2 - PROGRAMMA RIMBORSO SPESE MEDICHE

2.1 - CARATTERISTICHE

Il Programma Rimborso Spese Mediche (RSM) è riservato al personale in servizio e in quiescenza della Banca secondo la modalità dell'**auto-assicurazione**.

Tale modalità 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).

Il Programma RSM riguarda le seguenti categorie:

- Dirigenti
- Quadri Direttivi di 3° e 4° Livello

- Aree Professionali e Quadri Direttivi di 1° e 2° Livello
- Personale in quiescenza

Per aderire ai contenuti normativi introdotti dal c.d. Decreto Sacconi, e per poter conservare le agevolazioni fiscali e contributive, sono state introdotte, dal 2011, nel Programma RSM anche le prestazioni odontoiatriche.

Le prestazioni saranno garantite tramite un Fondo auto-gestito e attuato tramite la Cassa Sanitaria CASPIE, regolarmente iscritta all'Anagrafe dei Fondi, Casse, enti e società di mutuo soccorso.

Le disponibilità del Fondo, al netto delle spese gestionali, sono costituite:

- dalle somme versate dalla Banca per singola categoria del personale in servizio e in quiescenza;
- contributo per i familiari non a carico;
- quota a carico del personale in quiescenza.

Il Fondo è suddiviso nei seguenti quattro **sotto-fondi**:

- Personale in servizio, comprensivo dei familiari non a carico;
- Fondo vincolato destinato ai rimborsi delle spese per cure dentarie del personale in servizio;
- Personale in quiescenza, comprensivo dei familiari non a carico;
- Fondo vincolato destinato ai rimborsi delle spese per cure dentarie del personale in quiescenza.

I sotto-fondi sono autonomi fra loro ai fini di eventuali riparti e non è previsto alcun meccanismo di compensazione.

Gli importi destinati per le cure dentarie negli specifici Fondi vincolati non potranno essere utilizzati per il rimborso di tipologie di spese diverse.

L'andamento dei Fondi sarà soggetto a verifiche periodiche ai fini della salvaguardia dell'equilibrio economico in coerenza con le regole di gestione del sistema di auto-assicurazione.

2.2 - BENEFICIARI

Il Programma RSM descritto nel presente documento è destinato al personale in servizio, o inserito nel Fondo di Solidarietà, appartenente ai Quadri Direttivi ed alla 1a, 2a e 3a Area Professionale e del relativo nucleo familiare **purché inserito nella copertura** secondo le modalità indicate al punto 2.6.2.

La copertura viene fissata in relazione al grado ricoperto all'inizio dell'anno (1.1. **2015**) a nulla rilevando eventuali promozioni intervenute nel corso dell'anno medesimo, anche con decorrenza precedente al 1.1. **2015**.

In caso di cessazione dal servizio con diritto immediato a pensione la garanzia si protrae fino alla scadenza dell'anno solare; negli altri casi la copertura cessa alla data di risoluzione del rapporto di lavoro.

2.3 - PRESTAZIONI

2.3.1 - Definizione degli eventi assistiti

Il Programma prevede il pagamento delle spese per cure mediche sostenute a seguito di malattia o infortunio o parto e, a tali effetti:

- è considerata "malattia" ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
- è considerato "infortunio" ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Non rientrano, pertanto, nella copertura le spese sostenute per:

- visite, accertamenti e quant'altro concernenti la medicina preventiva (ad eccezione di quanto espressamente indicato nella specifica garanzia presente nel Disciplinare);
- visite, accertamenti e quant'altro inerenti il seguimiento di normali stati fisiologici (gravidanza, andropausa, menopausa, familiarità, ecc.);
- prestazioni con certificazione medica riportante una sintomatologia generica.

2.3.2 - Prestazioni relative al sotto-fondo destinato al Personale in servizio

Le prestazioni relative al sotto-fondo destinato al Personale in servizio sono riportate in dettaglio nei Disciplinari specificatamente dedicati alle categorie di appartenenza e disponibili ai seguenti collegamenti:

- [Aree Professionali e Quadri Direttivi di 1° e 2° livello - Disciplinare C;](#)
- [Quadri Direttivi di 3° e 4° livello - Disciplinare B;](#)
- [Per tutte le categorie "Prestazioni odontoiatriche" – Disciplinare F.](#)

2.3.3 - Prestazioni relative al sotto-fondo vincolato per cure dentarie

Nell'ambito del sotto-fondo vincolato destinato alle spese per cure dentarie del personale in servizio, sono ammesse al rimborso tutte le spese per prestazioni odontoiatriche: igiene orale, terapia conservativa e chirurgica, radiologia odontoiatrica, paradontologia, protesi, implantologia, apparecchi correttivi ortodontici, ecc.

Le prestazioni odontoiatriche vengono rimborsate, con i seguenti massimali annui:

- **Euro 800,00** per nucleo familiare assistito, inteso per tale il dipendente ed i familiari a carico;
- **Euro 800,00** pro-capite per ciascuno dei **familiari non a carico** inseriti nell'assistenza.

Tutte le richieste di rimborso delle spese relative all'anno **2014** dovranno pervenire a CASPIE **inderogabilmente entro e non oltre il 31 Gennaio 2015** e verranno evase nel **primo trimestre dell'anno 2015**; ogni prestazione è ammessa al riparto entro i massimali di euro 800,00 come sopra definiti.

I rimborsi vengono erogati mediante un riparto proporzionale sulla base del rapporto tra l'ammontare delle disponibilità del sotto-fondo e quello delle richieste ammesse al riparto.

In sede di riparto annuale i rimborsi saranno erogati al termine dell'annualità solare di riferimento e garantiranno la corresponsione di un minimo di € 96,00 (€ 100,00 meno € 4,00 di costi di gestione) per importi pari o superiori a € 100,00 mentre l'eccedenza sarà riproporzionata in base alla disponibilità del fondo annuo e dell'importo totale delle richieste presentate.

Parimenti per importi inferiori ad € 100,00 la cifra sarà riproporzionata sempre tenendo conto delle spese di gestione.

Il massimale di euro 800,00 è previsto per **nucleo familiare assistito** (compresi i familiari a carico) e per **i familiari non a carico** il limite del massimale di euro 800,00 è previsto per singolo familiare.

Nel limite dei massimali suddetti, sono ammesse a riparto tutte le spese inviate, senza applicazione di alcuna franchigia; **non sono previsti acconti nel corso dell'annualità.**

2.4 - MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

La caratteristica principale dell'auto-assicurazione prevede che le prestazioni vengano erogate entro le sole disponibilità finanziarie destinate allo scopo all'inizio di ciascuna annualità e secondo quanto previsto dall'apposita normativa (Disciplinari).

La Banca si riserva in ogni momento la facoltà di intervenire sui Disciplinari, anche con eventuali variazioni delle garanzie, qualora i rimborsi mostrassero un andamento che rischi di incidere sull'equilibrio economico-finanziario del Fondo.

La CASPIE provvederà al pagamento delle prestazioni oggetto dell'assistenza con le seguenti modalità:

A) **prestazioni effettuate in regime di convenzione diretta** con le strutture della rete CASPIE:

- le spese sostenute per **le prestazioni di medicina preventiva tabellate nel Disciplinare**, interventi chirurgici, anche ambulatoriali, conseguenti a patologie cardiocircolatorie, renali, polmonari, cerebrali (compreso interventi al cervello, anche a seguito di infortunio), malattie oncologiche (anche in caso di ricovero senza intervento) e trapianti d'organo, sono corrisposte dalla CASPIE direttamente agli operatori sanitari al **100%** (nei limiti del massimale, cioè della spesa massima rimborsabile);
- le spese relative alle altre garanzie previste dalla normativa, al netto delle franchigie, sono corrisposte dalla CASPIE direttamente agli operatori sanitari nei limiti dell'85%. L'assistito, pertanto, dovrà versare direttamente all'operatore sanitario, oltre all'eventuale prevista franchigia, anche il 15% residuo della spesa (nei limiti del massimale, cioè della spesa massima rimborsabile); pertanto, una prestazione effettuata in regime di convenzione diretta dal personale appartenente alle Aree Professionali o Quadri Direttivi di 1° e 2°, viene ad esempio così trattata:
 - Euro 100,00 Costo della prestazione;
 - Euro 18,00 Franchigia da corrispondere all'operatore sanitario;
 - Euro 12,30 $(100,00-18,00) \times 15\%$ quota a riparto, da corrispondere all'operatore sanitario a cura dell'assistito;
 - Euro 69,70 Importo corrisposto all'operatore sanitario da parte di CASPIE.

B) **prestazioni effettuate non in regime di convenzione diretta**, le spese sono ammesse al rimborso nel modo seguente:

- le spese sostenute per **le prestazioni di medicina preventiva tabellate nel Disciplinare**, interventi chirurgici, anche ambulatoriali, conseguenti a patologie cardiocircolatorie, renali, polmonari, cerebrali (compreso interventi al cervello, anche a seguito di infortunio), malattie oncologiche (anche in caso di ricovero senza intervento) e trapianti d'organo, sono ammesse al rimborso al **100%** (nei limiti del massimale, cioè della spesa massima rimborsabile);
- le spese relative alle altre garanzie previste dalla normativa sono ammesse a un rimborso in acconto pari all'85% di quanto spettante al netto di franchigie e nel limite del massimale (spesa massima rimborsabile) previsto; pertanto, una spesa per

prestazioni fuori Rete sostenuta dal personale appartenente alle Aree Professionali o Quadri Direttivi di 1° o 2° livello, viene ad esempio così definita:

- Euro 100,00 spesa sostenuta per la prestazione;
- Euro 50,00 franchigia da corrispondere all'operatore sanitario;
- Euro 7,50 quota a riparto (100,00-50,00)x15%;
- Euro 42,50 rimborso in acconto.

Entro il primo trimestre del **2016**, con il meccanismo del **riparto**, verrà effettuato il conguaglio dei rimborsi determinato sulla base delle disponibilità finanziarie residue di ogni sottofondo.

Il saldo del rimborso spettante sarà pertanto corrisposto totalmente oppure in proporzione alle rimanenze finanziarie del sottofondo.

Modalità di riparto: nel caso in cui al termine dell'anno sia possibile ricorrere a tale strumento, la quota a riparto verrà rimborsata agli assistiti con il seguente ordine di priorità:

1. al dipendente ed ai rispettivi familiari a carico;
2. in caso di ulteriore disponibilità residua, ai familiari non a carico.

La quota delle spese ammessa a riparto, sia per le prestazioni in rete sia per quelle fuori rete, viene automaticamente memorizzata da CASPIE e quindi non è necessario avanzare alcuna richiesta specifica affinché venga inserita nel riparto finale.

Per le spese dentarie non sono previsti acconti nel corso dell'anno e pertanto l'intero ammontare, purché ricompreso nel massimale previsto, partecipa al riparto finale dello specifico sotto-fondo vincolato.

La CASPIE provvederà a riconoscere ai dipendenti le somme ammesse a rimborso a mezzo di bonifico bancario sul conto corrente dell'interessato.

In alcuni casi possono trascorrere circa 2-3 mesi dalla data di invio della richiesta di rimborso in formato cartaceo da parte dell'interessato a quella di arrivo, al medesimo, del rimborso.

CASPIE provvede a pubblicare nel sito un estratto conto liquidativo aggiornato riportante i dettagli dei rimborsi effettuati.

2.5 - TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO SPESE 2014

Al fine di garantire una corretta e precisa gestione delle liquidazioni si rende indispensabile un puntuale rispetto dei termini di presentazione delle richieste da parte degli assistiti: tutte le spese per prestazioni **effettuate nell'anno 2014** dovranno **pervenire inderogabilmente** alla CASPIE entro e **non oltre il 31 gennaio 2015**.

Si precisa che non verranno accolte a rimborso le richieste pervenute oltre tale termine. Per avere certezza della ricezione da parte di Caspie delle richieste di rimborso presentate, si caldeggia l'utilizzo del canale informatico www.caspieonline.it che consente una trasmissione in tempo reale dei documenti e la successiva tracciabilità della pratica. L'inoltro on-line rappresenta la migliore modalità per garantire la dimostrabilità del rispetto del sopracitato termine di scadenza.

2.6 - NUCLEO FAMILIARE ASSISTITO

2.6.1 - Definizione e Quote di Adesione

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**:

- **coniuge** convivente (cioè **ricompreso nello stesso stato di famiglia del dipendente**) e non legalmente o effettivamente separato
- **i figli** conviventi (cioè **ricompresi nello stesso stato di famiglia del dipendente**) oppure anche non conviventi purché fiscalmente a carico; **la copertura si intende estendibile anche in caso di affido o adozione.**

Sono considerati fiscalmente a carico i familiari che percepiscono un reddito annuo lordo non superiore a Euro 2.840,51; 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 **2015**); per i familiari che non hanno un'attività continuativa, si dovrà fare riferimento ai redditi dell'anno **2014**; la Banca si riserva di effettuare i necessari controlli per verificare la sussistenza del carico fiscale.

Si rende altresì possibile - **con contributo a carico del dipendente** - estendere le prestazioni del Programma ai seguenti familiari:

- **il coniuge, non fiscalmente a carico** e non legalmente o effettivamente separato **(ancorchè non convivente)**;
- **convivente more uxorio** purché **ricompreso nello stesso stato di famiglia del dipendente**;
- **figli non a carico** purché **conviventi, cioè ricompresi nello stesso stato di famiglia del dipendente.**

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

Nel caso in cui di un nucleo facciano parte più di un familiare non a carico l'estensione della copertura si rende possibile a condizione che tutti vengano inseriti nel Programma di assistenza.

L'adesione del familiare non a carico deve avere una **durata minima di tre anni**; in caso di esclusione/mancato rinnovo, al termine delle tre annualità, non sarà possibile l'inserimento del familiare non a carico negli anni successivi.

Pur in presenza di una durata triennale, il contributo per l'inserimento di un familiare non a carico viene corrisposto ogni anno sulla base dell'ammontare annualmente stabilito.

Di norma, il familiare non a carico inserito in precedenza e per il quale non siano già trascorsi i tre anni di vincolo minimo di adesione, potrà essere escluso dal nucleo familiare assistito 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.

Resta inteso che il contributo trattenuto ad inizio anno è dovuto comunque per l'intera annualità senza quindi previsione di rimborso della quota parte.

Per l'anno **2015**, il **contributo per ogni familiare non fiscalmente a carico**, comprensivo del contributo per spese odontoiatriche, è stato fissato in:

- **Euro 450,00** per i dipendenti appartenenti alle Aree Prof. e ai Quadri Direttivi di 1° e 2° Liv.
- **Euro 750,00** per i Quadri Direttivi di 3° e 4° Liv.

La copertura decorre dal 1° Gennaio **2015**.

La somma suddetta sarà trattenuta sul cedolino stipendi del mese di Marzo **2015**.

Il contributo è pari a Euro 270,00 (Aree Professionali e Q.D. 1° e 2° liv.) e a Euro 450,00 (Q.D. 3° e 4° liv.) nel caso in cui la copertura di un familiare inizi nel secondo semestre per i seguenti motivi: assunzione del dipendente, matrimonio o inizio convivenza successiva al 30.6. **2015**.

Fatta eccezione per gli Assistiti già aderenti alla CASPIE al 31/12/2014, nonché per i casi di nascita/adozione/affidamento di un figlio, matrimonio, insorgere di convivenza more uxorio (purché gli inserimenti vengano effettuati entro i termini previsti dalla Convenzione), le eventuali richieste di tardivo inserimento in assistenza di familiari verranno esaminate e comunque l'intervento della CASPIE è subordinato ad un termine di aspettativa dalla data di decorrenza delle prestazioni (01/01/2015) di:

- 270 giorni per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza; tuttavia, limitatamente a dette malattie, l'assistenza decorre dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assistenza stessa, purché dalla documentazione medica risulti che il concepimento sia avvenuto dopo tale data;
- 180 giorni per la cura delle malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di decorrenza del diritto alle prestazioni.

2.6.2 - Comunicazione Nucleo Familiare Assistito

Il nucleo familiare assistito deve essere tenuto aggiornato PUNTUALMENTE da parte del Dipendente.

In particolare è prevista la comunicazione del nucleo assistito **ad inizio anno**.

Per la comunicazione del nucleo assistito ad inizio anno è stata predisposta specifica funzionalità all'interno dell'applicativo Paschi People: Menù Principale -> Self Service -> Polizze Sanitarie. I familiari che risultano censiti nella funzionalità "Polizze Sanitarie" sono quelli che, in precedenza, il Dipendente ha segnalato all'Azienda attraverso la funzionalità "Resid/Famil/Detraz/Provvidenze" (anch'essa presente nell'applicativo Paschi People e raggiungibile da Menù Principale -> Self Service -> Dati Personali).

Qualora si rendesse necessario gestire in "Polizze Sanitarie" un ulteriore familiare rispetto a quelli già esposti, è necessario, preventivamente, censirlo attraverso la sopra citata funzionalità "Resid/Famil/Detraz/Provvidenze".

Nell'ambito dei nominativi presenti nella funzionalità "Polizze Sanitarie" sono proposti come "in polizza" ESCLUSIVAMENTE:

- il capo nucleo,
- i familiari inclusi nel nucleo assicurato come "a carico" fiscale a fine anno precedente.

Eventuali altri familiari visualizzati non risulteranno avere il flag "in Polizza" e la copertura potrà essere attivata solo se il Dipendente eserciterà la relativa scelta.

Selezionando il comando "salva" il dipendente può confermare la situazione proposta.

Se si desidera includere, escludere o modificare il carico fiscale (ai fini della polizza) di un familiare dal nucleo assicurato proposto, agire inserendo o eliminando il flag "in Polizza" o selezionando dal menu a tendina la corretta voce relativa al carico fiscale, e successivamente cliccare sul comando "salva".

Qualora il dipendente non dovesse accedere all'applicativo per l'aggiornamento/conferma del nucleo assistito, la copertura verrà riconosciuta al dipendente capo-nucleo e ai suoi familiari già inclusi nel nucleo assicurato al 31.12.2014 come "a carico".

Come si può desumere da quanto sopra, le funzionalità per il censimento del nucleo assicurato ai fini della copertura sanitaria non recepiscono le informazioni sui carichi fiscali inseriti dal dipendente nella funzionalità Paschi People "Resid/Famil/Detraz/Provvidenze" (rif. documento [1030D00706](#)), utili viceversa alla gestione dei carichi e delle detrazioni per la sostituzione d'imposta.

Resta ferma la responsabilità del Dipendente in merito alle informazioni dichiarate ai fini della copertura sanitaria, in particolare quelle riguardanti i carichi fiscali.

È disponibile al seguente [link](#) una sintesi sull'utilizzo della funzionalità "Polizze Sanitarie" utile alla conferma del nucleo familiare assistito.

È inoltre disponibile al seguente [link](#) una sintesi sull'utilizzo della funzionalità "Resid/Famil/Detraz/Provvidenze".

Il termine ultimo per effettuare le operazioni di aggiornamento del nucleo dei familiari assistiti scade il **13 Febbraio 2015**.

Dopo tale data sarà possibile inserire nuovi nominativi nel nucleo familiare assistito solo **in caso di nascita (o affidamento/adozione) di figli, di matrimonio o di inizio della convivenza**. La comunicazione dell'evento può essere effettuata entro 30 giorni dal suo verificarsi, con apposita comunicazione (cartacea o alla casella di posta elettronica: amministrazionepersonale.aru@banca.mps.it) allegando idonea documentazione, dopo aver provveduto a censire il nuovo familiare nella funzionalità Paschi People "Resid/Famil/Detraz/Provvidenze" (rif. documento [1030D00706](#)).

I dipendenti assunti dopo il 13 Febbraio 2015 potranno richiedere entro la fine del mese successivo a quello di entrata, pena la decadenza, l'eventuale inserimento nell'assistenza dei familiari conviventi a carico e non a carico, con decorrenza dalla data di assunzione.

Esclusivamente coloro che non hanno la possibilità di accedere all'Intranet Aziendale, in quanto non dotati di postazione abilitata, potranno compilare il modulo di adesione ([mod. 24226](#)) disponibile nell'applicativo "Gestione Stampa Moduli" ed inviarlo alla Funzione Amministrazione Risorse umane tramite e-mail (casella di posta elettronica: amministrazionepersonale.aru@banca.mps.it) **entro il 13 Febbraio 2015**.

2.7 - UTILIZZO DELLE STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON CASPIE

La Cassa Sanitaria CASPIE ha stipulato convenzioni con medici specialisti, laboratori di analisi e case di cura per consentire ai propri assistiti di fruire di prestazioni sanitarie senza doverne anticipare il costo poiché è la Cassa stessa a farsi carico del pagamento diretto alle strutture sanitarie. L'assistito corrisponde alla struttura soltanto l'importo relativo alle eventuali franchigie, **alla quota destinata a riparto**, ed alle spese non ricomprese nelle garanzie.

Per i ricoveri, il diritto al pagamento diretto, ferme restando le condizioni normative, **è possibile soltanto nel caso in cui l'assistito si avvalga sia di una Casa di Cura sia di un'Equipe Medica convenzionate con CASPIE**. In altri casi (ad esempio ricorso ad Equipe Mediche non convenzionate pur all'interno di Case di Cura convenzionate) non potrà essere concesso il pagamento diretto, e l'indennizzo spettante viene corrisposto a rimborso. Per le eventuali prestazioni pre e post-ricovero pagate direttamente, l'assistito deve avanzare istanza di rimborso nei modi d'uso.

E' opportuno accertarsi che la Struttura Sanitaria e/o il medico specialista siano convenzionati con CASPIE richiedendo informazioni agli operatori della Centrale Operativa (numero verde 800254313) oppure consultando il sito internet www.caspieonline.it.

Si possono richiedere informazioni a CASPIE anche attraverso la posta elettronica, all'indirizzo: retesanitaria.caspie@servizioconvenzioni.it.

Per quanto ovvio, si precisa che non sono utilizzabili quei medici e/o strutture presenti nella rete convenzionata CASPIE ma che offrono prestazioni non ricomprese nel Programma RSM della Banca (visite pediatriche, centri ottici).

L'assistito deve utilizzare la Rete convenzionata nei limiti delle garanzie previste dal Programma RSM e seguendo scrupolosamente la seguente procedura:

- prenotare la prestazione sanitaria presentandosi come 'assistito CASPIE/Monte Paschi';
- fornire le proprie generalità (cognome, nome e data di nascita) e – se del caso – quelle del familiare che deve usufruire della prestazione sanitaria;
- richiedere all'Operatore Sanitario di attivare la convenzione diretta con CASPIE; **nel caso in cui la prestazione riguardi un familiare è assolutamente necessario che lo stesso sia già stato inserito nel nucleo familiare assistito con le modalità ed i tempi previsti;**
- produrre all'atto della prenotazione della prestazione sanitaria (**accertamento diagnostico, terapia o ricovero**) una certificazione medica attestante la necessità della prestazione e la relativa diagnosi, documentazione necessaria alla Struttura convenzionata per richiedere a CASPIE di farsi carico della spesa; per le **visite specialistiche** è sufficiente che l'assistito indichi, al momento della prenotazione, il disturbo che rende necessario il consulto specialistico;
- accertarsi presso l'Operatore o Struttura Sanitaria, prima dell'effettuazione della prestazione sanitaria, dell'avvenuta autorizzazione da parte della Centrale Operativa della CASPIE;
- sottoscrivere, presso la struttura sanitaria utilizzata, una dichiarazione nella quale vengono precisate le condizioni di fornitura del servizio da parte della CASPIE e le somme che eventualmente rimangono a carico dell'assistito (franchigie, quota destinata a riparto e spese non coperte dalle garanzie).

Non è possibile usufruire del pagamento diretto da parte di CASPIE e delle franchigie ridotte al di fuori delle condizioni e delle modalità sopra riportate.

2.8 - ACCORDO CON AZIENDA USL 7 DI SIENA

Qualora ci si avvalga delle strutture sanitarie appartenenti all'Azienda USL 7 di Siena, si rammenta che al termine della prestazione, gli interessati non dovranno corrispondere nessun importo a titolo dell'eventuale franchigia o di quota destinata a riparto, poiché la Cassa Sanitaria CASPIE provvederà al pagamento dell'intero costo della prestazione direttamente alle strutture sanitarie dell'Azienda USL 7 di Siena.

L'eventuale franchigia e la quota destinata a riparto verranno successivamente recuperate da CASPIE mediante addebito sul conto corrente del dipendente tramite l'apposita procedura interna della Banca.

L'attivazione degli accordi CASPIE/Azienda USL7 di Siena comporta l'accettazione integrale della suddetta procedura e non può essere concessa ai dipendenti che ricevono i rimborsi delle spese mediche su un conto corrente non acceso presso la Banca MPS.

2.9 - PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO SPESE 2015

Le richieste di rimborso per prestazioni effettuate nell'anno **2015** dovranno **pervenire** alla Cassa di Assistenza CASPIE **inderogabilmente entro il 31 gennaio 2016; non verranno accolte a rimborso le richieste pervenute oltre tale termine.** La richiesta di rimborso effettuata on-line risulta la soluzione migliore per accertare la presentazione entro i termini stabiliti.

Per l'invio della richiesta di rimborso, gli interessati possono:

- avvalersi del **sito web della CASPIE** (www.caspieonline.it) che consente di inviare la documentazione scannerizzata, riducendo così i tempi di lavorazione, consentendo la tracciabilità delle pratiche ed azzerando i possibili disagi nella spedizione dei documenti; l'inoltro on-line rappresenta la sola modalità che garantisce la dimostrabilità del rispetto del sopracitato termine di scadenza;
- utilizzare i normali canali postali, preferibilmente a mezzo raccomandata A/R indirizzata a **CASPIE – Via Ostiense 131 00154 ROMA;**
- utilizzare la **posta interna della Banca**, inserendo la documentazione in una qualsiasi busta sulla quale riportare la seguente dizione: "CONTIENE UNA RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE MEDICHE – DA INVIARE A CASPIE"; è opportuno precisare che tale modalità di spedizione è ad esclusiva discrezione dell'interessato, pertanto eventuali disagi o ritardi nei tempi di consegna, non potranno essere imputabili alla Banca che quindi si ritiene sollevata da ogni responsabilità diretta. Qualora venisse adottata questa modalità, non dovranno essere richieste, né rilasciate dichiarazioni da parte degli Uffici della Banca utilizzati quali tramite per la spedizione ed in ogni caso non si potranno considerare valide ai fini della dimostrabilità del rispetto dei termini di scadenza.

Nel caso di **richiesta via web** la documentazione deve essere scannerizzata e non occorre inviare nessuna 'conferma' cartacea della documentazione stessa; qualora l'invio sia per i **canali postali**, la documentazione deve essere allegata in fotocopia.

Medicina Preventiva

Per richiedere il rimborso delle spese previste in garanzia "Medicina Preventiva" dovrà sempre evincersi dalla documentazione prodotta l'indicazione che la prestazione è stata effettuata "per controllo", "prevenzione", "accertamenti" o analoga definizione riconducibile all'aspetto preventivo della prestazione.

Limitatamente alla RX del torace è sempre necessario allegare alla ricevuta di spesa la prescrizione del Medico con una delle indicazioni sopra riportate;

Per l'effettuazione di accertamenti non ricompresi in questa garanzia, si consiglia di farsi rilasciare prescrizioni mediche e documenti di spesa separati.

E' possibile usufruire del pagamento diretto da parte di CASPIE anche per le spese di "Medicina Preventiva" purché la prestazione venga effettuata in regime di convenzione diretta presso le Strutture ricomprese nella Rete; in questo caso è indispensabile che l'Assistito, all'atto della prenotazione, informi la Struttura che **"la prestazione è richiesta a titolo di medicina preventiva"**.

Le spese sostenute per le prestazioni di medicina preventiva tabellate nel Disciplinare, sono rimborsabili al 100% (nei limiti del massimale previsto) e quindi non sono soggette al meccanismo del riparto.

Si raccomanda di porre la massima attenzione sulla documentazione da rimettere alla Cassa Sanitaria e di attenersi scrupolosamente alle indicazioni riportate nella presente e nel Disciplinare di riferimento.

2.10 - CONTROLLI DA PARTE DELLA CASSA SANITARIA E DELLA BANCA

L'assistito, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire alle visite dei medici della Cassa Sanitaria ed a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'assistito stesso.

La Banca ha la facoltà di verificare la sussistenza dei requisiti del "carico fiscale" e – ove prevista - della convivenza per i familiari del dipendente. Il dipendente oggetto della verifica dovrà inviare lo stato di famiglia (accertamento della convivenza) e la documentazione fiscale utile per la conferma del carico fiscale (mod. 730 o mod. UNICO).

2.11 - CONTROVERSIE

Per ogni controversia diversa da quelle sopraindicate è competente esclusivamente il Foro di Siena

2.12 - ASPETTI FISCALI

Le prestazioni sono fornite attraverso l'adesione alla Cassa sanitaria e pertanto:

- il contributo che la Banca corrisponde alla Cassa non costituisce reddito per il dipendente e quindi non viene assoggettato a trattenute previdenziali e fiscali;
- il contributo eventualmente corrisposto dal dipendente per estendere la copertura ai familiari conviventi non a carico viene portato in deduzione dal reddito imponibile direttamente in busta paga;
- il contributo eventualmente corrisposto dal dipendente per estendere la copertura della persona convivente 'more uxorio' non può essere portato in abbattimento dell'imponibile fiscale;
- le somme riconosciute dalla Cassa sanitaria a titolo di rimborso delle spese mediche non possono essere inserite nell'ammontare delle spese sanitarie, per le quali spetta la detrazione d'imposta pari al 19 per cento, in sede di dichiarazione annuale dei redditi;
- la detrazione di cui sopra spetta soltanto per la parte non rimborsata delle spese mediche; è pertanto necessario conservare le comunicazioni con le quali la Cassa sanitaria precisa le somme rimborsate e le franchigie applicate;
- i rimborsi riconosciuti dalla Cassa sanitaria per le spese sostenute dalla persona convivente 'more uxorio' possono invece essere inseriti tra le spese mediche per le quali spetta la detrazione del 19 per cento;

la documentazione deve essere presentata fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di Legge (ad es. con marca da bollo applicata, ecc.).