



Ministero della Salute

Regole e procedure per la compensazione della
mobilità sanitaria internazionale in merito alla
fatturazione e corretta imputazione delle
prestazioni erogate per assistenza sanitaria nella
UE e nei Paesi in cui vigono Convenzioni bilaterali

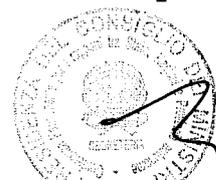


Sommario

PREMESSA.....	3
1 DEFINIZIONI, NORME E FUNZIONI	5
2 ADEMPIMENTI DERIVANTI DALL'APPLICAZIONE DEGLI ARTT. 3 E 5 DEL DPR 618/80.....	7
3 RIPARTIZIONE ONERI AI SENSI DEL DPR N. 224 DEL 24 NOVEMBRE 2017	9
4 PROCESSO FATTURE A CREDITO (MOBILITA' ATTIVA).....	10
4.1 Fatturazione attiva con i Paesi dell'Unione Europea.....	10
4.2 Gestione fatturazioni attive per il tramite dell'applicativo nazionale (ASPE -UE).....	11
4.3 Contestazioni (ASPE-UE).....	11
4.4 Controdeduzioni – Risposte alle contestazioni	12
4.5 Fatturazione attiva con i Paesi in Convenzione bilaterale.....	14
4.6 Gestione Fatturazioni attive per il tramite dell'applicativo Nazionale (ASPEC)	15
5 PROCESSO FATTURE A DEBITO (MOBILITA' PASSIVA)	15
5.1 Fatturazione passiva con i Paesi dell'Unione Europea	15
5.2 Gestione fatturazioni per il tramite degli applicativi nazionali (aspe-ue)	16
5.3 Contestazioni (Aspe-Ue).....	17
5.4 Fatturazione passiva con i Paesi in convenzione bilaterale.....	19
5.5 Gestione Fatturazioni per il tramite degli Applicativi Nazionali (Aspec).....	19
5.6 Contestazioni (ASPEC)	20
6 RIEPILOGO DEI TEMPI DI GESTIONE DELLE FATTURE (ASPEC – ASPE-UE)	21
6.1 Fatturazione attiva	21
6.2 Fatturazione passiva (ASPEC – ASPE-UE).....	22
7 MONITORAGGIO DEI SALDI DI MOBILITÀ SANITARIA INTERNAZIONALE.....	24
7.1 I Rendiconti Contabili	24
8 ALLEGATI.....	26
8.1 LEGENDA CATEGORIE DI PRESTAZIONE.....	26
8.2 Articolo da 66 a 69 del Regolamento CE 987/09.....	28
8.3 DECISIONE S1.....	29
8.4 DECISIONE n. S11.....	32
8.5 DECISIONE N. S6	37
COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER IL COORDINAMENTO DEI SISTEMI DI SICUREZZA SOCIALE.....	37
8.6 CIRCOLARE 21662 DEL 16.07.2018	41
9 Schede Riepilogative Convenzioni bilaterali di sicurezza sociale	46
9.1 Convenzione ARGENTINA.....	48



9.2	Convenzione AUSTRALIA	49
9.3	Convenzione BRASILE	50
9.4	Convenzione CAPOVERDE	51
9.5	Convenzione EX JUGOSLAVIA	52
9.6	Convenzione PRINCIPATO di MONACO	53
9.7	Convenzione SAN MARINO	54
9.8	Convenzione SANTA SEDE	55
9.9	Convenzione TUNISIA	56



PREMESSA

Il DPR n. 224 del 2017 prevede che con Intesa Stato-Regioni siano definite le regole e le procedure per la compensazione della mobilità sanitaria internazionale. Questo documento è l'esito delle attività del gruppo di lavoro interistituzionale Ministero della salute - Regioni nominato dalla Commissione Salute, istituito a tale scopo. Esso riassume le regole fissate per la fatturazione delle prestazioni sanitarie erogate ai sensi dei Regolamenti di Sicurezza Sociale e degli Accordi Bilaterali e del DPR 618/80, individuandone le relative competenze fra il Ministero della Salute e le Regioni e le Province autonome, anche al fine dell'attribuzione dei rispettivi costi e ricavi da operare in sede di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del SSN (FSN).

Principio fondante è che il cittadino europeo gode del diritto di libera circolazione all'interno dei Paesi della UE; affinché possa esercitare questo diritto è necessario che anche la sua salute sia tutelata dai rispettivi sistemi di sicurezza sociale. A tal fine debbono essere assicurate le prestazioni sanitarie in un altro Paese della UE alle stesse condizioni e con pari trattamento rispetto ai cittadini di quel Paese.

Mentre nel Regolamento 883/2004 vengono fissati i principi generali (al Titolo III per le prestazioni di malattia e maternità) di fruizione del diritto sopra citato, è nel Regolamento 987/2009, ossia nel Regolamento applicativo, che ne vengono fissati i criteri e che prevede che gli scambi della mobilità internazionale avvengono in forma elettronica tra gli organismi di collegamento. A partire dal 1° luglio 2019 è in vigore il progetto EESSI che, tramite l'infrastruttura RINA, dà attuazione a tale previsione.

In particolare, negli articoli da 66 a 69 del citato Regolamento di applicazione si definiscono gli ambiti operativi in cui debbono essere applicate le richieste di rimborso tra Stati per le prestazioni erogate per malattia e maternità e le modalità per la loro verifica e la definizione degli acconti, dei saldi e degli eventuali interessi di mora per ritardato pagamento.

La Commissione UE ha poi demandato ad alcune Decisioni il compito di meglio chiarire gli aspetti operativi di alcune di queste note richiamate dal Regolamento di applicazione.

Sono esclusi dai seguenti adempimenti i cittadini provenienti da Paesi UE sprovvisti di copertura sanitaria da parte dei loro Paesi (ENI) e che in Italia non abbiano un rapporto lavorativo tassato o una pensione contributiva erogata a carico di un ente previdenziale italiano, ai sensi dell'art. 32 del Regolamento CE 987/2009. Pertanto, sono da intendersi come non più attribuibili ulteriori rilasci di codifiche ENI a soggetti per i quali esclusivamente era stato previsto all'indomani dell'adesione alla UE dei Paesi neocomunitari una temporanea moratoria per accedere ai servizi sanitari in urgenza in sostituzione della copertura sanitaria dovuta a carico dei rispettivi Paesi UE di provenienza.

Le regioni potranno autonomamente continuare a rilasciare certificazioni a cittadini comunitari non iscritti al fine di garantire prestazioni sanitarie con carattere di urgenza o ogni altra prestazione che autonomamente vorranno riconoscere. Resta inteso che ogni onere derivante da tali prestazioni non potrà essere addebitato ai fini della rilevazione dei saldi di mobilità internazionale.

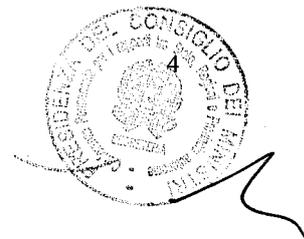
In particolare, nel presente documento si trattano le indicazioni contenute nelle Decisioni CE **S1** (riguardante la tessera europea di assicurazione malattia), **S11** (riguardante le procedure di rimborso al costo effettivo ed a forfait mensile), **S6** (concernente l'iscrizione nello Stato membro di residenza e la compilazione degli inventari).

In aggiunta al diritto di libera circolazione e di fruizione di prestazioni sanitarie previsto dai Regolamenti UE di sicurezza sociale, l'assistito italiano può ottenere alcune prestazioni di assistenza sanitaria anche nei paesi Extra UE con i quali l'Italia ha stipulato convenzioni bilaterali, alle condizioni e con le modalità previste dalle convenzioni stesse, riportate in allegato. Eventuali nuove convenzioni determineranno l'aggiornamento dei



soli allegati da effettuarsi con comunicazione scritta da parte del Ministero della Salute al coordinamento delle regioni.

Sono definiti nel presente documento anche le modalità di gestione dei costi derivanti dall'assistenza degli iscritti al SSN ancorché AIRE ai sensi del DPR 618/80.



1 DEFINIZIONI, NORME E FUNZIONI

Si richiamano alcune definizioni:

Regolamento 883/2004 - c.d. "Regolamento di base"

Art. 1):

Ai fini del presente regolamento si intende per:

...

m) "autorità competente", per ciascuno Stato membro, il ministro, i ministri o un'altra autorità corrispondente nella cui competenza rientrano, per tutto lo Stato membro di cui trattasi, o per una parte qualunque di esso, i regimi di sicurezza sociale;

...

q) "istituzione competente":

- i) l'istituzione alla quale l'interessato è iscritto al momento della domanda di prestazioni,
- ii) l'istituzione nei cui confronti l'interessato ha diritto a prestazioni o ne avrebbe diritto se egli, il suo familiare o i suoi familiari risiedessero nello Stato membro nel quale si trova tale istituzione;
- iii) l'istituzione designata dall'autorità competente dello Stato membro in questione;
- iv) se si tratta di un regime relativo agli obblighi del datore di lavoro per le prestazioni di cui all'articolo 3, paragrafo 1, il datore di lavoro o l'assicuratore interessato o, in mancanza, l'organismo o l'autorità designata dall'autorità competente dello Stato membro in questione;

...

s) "Stato membro competente", lo Stato membro in cui si trova l'istituzione competente;

Regolamento 987/2009 - c.d. "Regolamento di applicazione" (del Regolamento di base)

Art. 2:

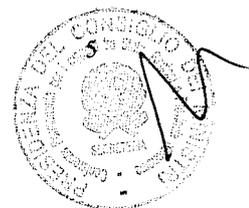
b) «organismo di collegamento»: qualsiasi organismo designato dall'autorità competente di uno Stato membro, per uno o più dei settori di sicurezza sociale di cui all'articolo 3 del regolamento di base, avente la funzione di rispondere alle domande di informazioni e di assistenza ai fini dell'applicazione del regolamento di base e del regolamento di applicazione e di assolvere i compiti attribuitigli dal titolo IV del regolamento di applicazione;

Art. 66:

2. I rimborsi di cui agli articoli 35 e 41 del regolamento di base tra le istituzioni degli Stati membri si effettuano tramite l'organismo di collegamento. Può esservi un organismo di collegamento separato per i rimborsi a norma dell'articolo 35 e dell'articolo 41 del regolamento di base.

Di seguito le funzioni di competenza del Ministero della Salute, delle Regioni e delle ASL.

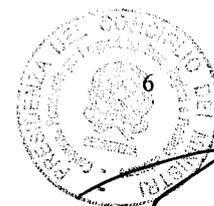
Al Ministero della Salute - Direzione Generale della programmazione sanitaria, sono affidate le funzioni statali in materia di assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero, nonché in materia di assistenza transfrontaliera. Tali compiti sono dallo stesso svolti nella duplice e diversa attribuzione con cui è qualificato nella normativa comunitaria, di autorità competente ed organismo di collegamento. Nell'espletamento di tali funzioni il Ministero deve garantire il rispetto dei regolamenti di sicurezza sociale (Reg. CE 883/2004 e Reg. CE 987/2009) e delle decisioni della Commissione amministrativa di cui agli artt. 71 e ss del "Regolamento di base" - in primis decisione S11 ed S 10 - su di essi fondate; questo tra l'altro in virtù della loro preminenza giuridica sulle fonti nazionali e regionali, giusta la disposizione dell'art. 10 della Costituzione (L'ordinamento giuridico italiano si conforma alle norme del diritto internazionale generalmente riconosciute). Tale compito di garante del rispetto e della corretta applicazione degli accordi è altresì esercitato per l'attuazione degli Accordi bilaterali, dove il Ministero della Salute svolge le funzioni di Autorità competente e di Organismo di collegamento per le finalità del SSN. Ciò comporta che, pur non essendo assolutamente in discussione l'autonomia delle Regioni e loro ASL, le relative libertà trovano un limite nella necessaria conformità delle procedure e delle determinazioni alle previsioni normative della legislazione



comunitaria. Nello specifico, si deve sottolineare che il Ministero della Salute risponde di fronte alla Commissione Europea della corretta applicazione del predetto quadro giuridico comunitario anche rispetto a decisioni prese dalle istituzioni competenti quando queste non siano perfettamente conformi a tale quadro normativo. Pertanto il Ministero della Salute è il solo destinatario di richieste di chiarimenti della Commissione Europea e degli Organismi internazionali riferiti ai singoli accordi amministrativi, sull'operato delle ASL, chiarimenti che sono condivisi con le regioni e/o con le ASL laddove non adeguatamente fondati e giustificati – si pensi alle contestazioni - possono aprire la strada a procedure di messa in mora, financo procedure d'infrazione con conseguente possibilità di irrogazione a carico dello Stato italiano, di importanti sanzioni economiche.

Di seguito sono schematizzate le **funzioni esercitate dalle Regioni** nell'ambito della gestione dei flussi di mobilità internazionale; le Regioni che si sono dotate di una struttura organizzativa specifica possono svolgere le attività demandandole ad uno specifico soggetto (azienda, ente etc.):

- La Regione esercita in generale un ruolo di interfaccia fra le aziende sanitarie del territorio di competenza e gli uffici del Ministero della Salute che si occupano di mobilità internazionale al fine di garantire la circolarità delle informazioni necessarie al corretto funzionamento dei processi ed alla risoluzione delle criticità interpretative che possono emergere nella gestione quotidiana delle pratiche.
- In relazione ai flussi di mobilità internazionale attiva gestiti dalle aziende erogatrici direttamente sui sistemi ASPE UE ed ASPE C, la Regione effettua un controllo di coerenza fra l'entità degli accrediti finali attribuiti dalle rendicontazioni del Ministero e pubblicati nel sistema e le risultanze delle registrazioni sui flussi informativi.
- In relazione ai flussi di mobilità internazionale passiva attribuiti alle aziende di residenza sui sistemi ASPE UE ed ASPE C, la Regione effettua un controllo di coerenza fra l'entità degli addebiti finali attribuiti dalle rendicontazioni del Ministero e pubblicati nel sistema e l'importo totale delle fatture registrate a carico delle aziende di assistenza.
- La Regione effettua un controllo di coerenza fra gli importi addebitati in sede di riparto a titolo di saldo della mobilità internazionale e le risultanze dei prospetti di addebito/accredito generati da ASPE e pubblicati nel sistema dagli uffici del Ministero Salute.
- In relazione agli accordi bilaterali con paesi che non utilizzano il sistema ASPE C per lo scambio delle richieste di rimborso, la Regione raccoglie dalle aziende eroganti i rendiconti sulle prestazioni erogate e li invia al Ministero affinché vengano trasmessi al paese debitore.
- In relazione alla casistica ex D.P.R 224/2017 art.4, relativa all'assistenza diretta erogata a propri assistiti da altri paesi non comunitari, la Regione effettua un controllo di coerenza sui rendiconti trimestrali di addebito e conseguentemente sull'entità dell'importo che confluisce nel riparto.
- In relazione ai regolamenti comunitari, nel caso di assistiti portatori di formulario S1 e residenti in Italia, la Regione provvede ad addebitare tramite l'azienda di residenza, gli importi relativi alle prestazioni erogate da altre aziende italiane e ad essa addebitate in prima istanza attraverso la mobilità infraregionale ed interregionale.
- La Regione coopera altresì con l'ASL di residenza per recuperare tutte le prestazioni erogate nella stessa ASL di residenza, per il successivo addebito alle istituzioni estere.

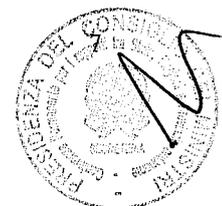


Le funzioni delle Aziende Sanitarie nell'ambito della gestione dei flussi di mobilità internazionale sono di seguito schematizzate:

- in relazione agli accordi bilaterali con paesi dove gli scambi si effettuano su ASPE C le aziende sanitarie inviano (aziende sanitarie erogatrici) e ricevono (aziende sanitarie di residenza) le fatture da ASPE C ed effettuano controlli amministrativi e contabili su di esse contestando eventualmente gli addebiti ricevuti.
- In relazione agli accordi bilaterali con paesi dove gli scambi vengono effettuati fuori da ASPE C, le aziende sanitarie erogatrici inviano rendiconti periodici alla Regione ai fini dell'invio della fatturazione tramite il Ministero al paese debitore. Le aziende sanitarie di residenza ricevono le fatture cartacee tramite il Ministero dal paese debitore ed effettuano controlli amministrativi e contabili su di esse contestando eventualmente gli addebiti ricevuti.
- In relazione ai paesi comunitari e convenzionati le aziende sanitarie competenti rilasciano i modelli portabili che consentono ai soggetti di usufruire dell'assistenza sanitaria all'estero nei casi previsti dalla normativa
- In relazione ai Paesi comunitari e convenzionati, le aziende sanitarie di residenza dei soggetti eseguono l'istruttoria con il centro di riferimento regionale per il rilascio del modello S2 o modello equivalente che consente l'assistenza programmata e controllano la relativa fatturazione di addebito.
- In relazione al sistema ASPE, le Aziende sanitarie addebitano alle istituzioni estere tutte le prestazioni erogate nel proprio ambito territoriale dietro presentazione di una Team estera o di altri documenti esteri attestanti il diritto
- In relazione ai paesi comunitari con scambi sul sistema ASPE UE, le aziende sanitarie di erogazione addebitano le prestazioni attraverso la mobilità infraregionale ed interregionale alle aziende sanitarie italiane di residenza che provvedono poi ad inserire sul sistema ASPE le fatture per il rimborso, da parte del paese di assistenza del soggetto, di tutti i costi sostenuti comprensivi degli addebiti da parte di altre aziende. Per la mobilità internazionale passiva, le aziende sanitarie di competenza controllano le fatture a debito ed eventualmente contestano gli addebiti.
- In relazione alla casistica ex D.P.R.618/1980, le aziende sanitarie di competenza per l'assistito residente in assistenza indiretta verificano la documentazione ed effettuano il rimborso.
- In relazione alla casistica ex D.P.R.224/2017, art.4, le aziende sanitarie di competenza per l'assistito residente in assistenza diretta controllano i rendiconti trasmessi dalla Regione.
- L'azienda sanitaria erogante la prestazione provvede alla fatturazione diretta al paziente o alla rispettiva assicurazione nel caso questo sia solvente o comunque privo di tutele in termini di diritto all'assistenza sanitaria.

2 ADEMPIMENTI DERIVANTI DALL'APPLICAZIONE DEGLI ARTT. 3 E 5 DEL DPR 618/80

In riferimento all'assistenza assicurata tramite convenzioni da stipulare con istituti pubblici di sicurezza sociale dello stato estero o con enti, istituti o medici privati in grado di coprire i livelli di prestazione garantite dai LEA ai sensi dell'artt. 3 e 5 del DPR 618/80 la competenza alla stipula delle convenzioni è attribuita al

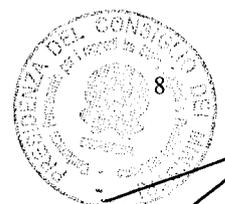


Ministero di concerto con il Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale; i costi derivanti dalle fattispecie sopra indicate sono così ripartite al comma 1 art. 4 del regolamento (DPR 224/17):

- a) ai bilanci delle aziende sanitarie locali, tramite le regioni e le provincie autonome, per i soggetti residenti
- b) Al bilancio dello stato qualora siano riferiti a soggetti non residenti in Italia

Per gli aspetti pratici di applicazione delle procedure amministrative e contabili si rimanda alla nota del Ministero della Salute n. 21662 del 16 luglio 2018 allegata.

La trasmissione dei file tra Ministero della Salute e Regioni e Provincie Autonome avverrà con modalità informatiche tali da garantire il rispetto della normativa sulla privacy.



3 RIPARTIZIONE ONERI AI SENSI DEL DPR N. 224 DEL 24 NOVEMBRE 2017

Il DPR n. 224 del 24 novembre 2017 dà attuazione a quanto previsto nel **Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502** e più recentemente richiamate dalla legge 24 dicembre 2012, n. 228 (Legge di stabilità 2013), in merito all'attribuzione dei saldi di mobilità sanitaria internazionale alle ASL per il tramite delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano.

In particolare, viene definita all' Art. 2:

*1. L'imputazione economica delle partite debitorie e creditorie connesse alla mobilità sanitaria nei Paesi dell'Unione europea, negli altri Paesi dello Spazio economico europeo, in Svizzera e nei Paesi con i quali sono conclusi accordi in materia di assistenza sanitaria, in applicazione di quanto previsto dall'articolo 18, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, **competete alle aziende sanitarie locali** ed è definita **per il tramite delle rispettive regioni e province autonome di appartenenza**, fatto salvo quanto previsto dal comma 4, lettera b), del presente articolo.*

...

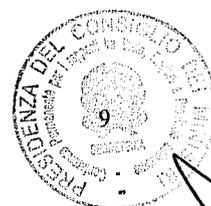
...

4. I costi connessi alla mobilità sanitaria di cui al comma 1 sono imputati:

- a) ai bilanci delle aziende sanitarie locali, tramite le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, qualora siano riferiti ai propri residenti;*
- b) al bilancio dello Stato, se i costi della mobilità sanitaria siano riferiti a soggetti **non residenti** in Italia.*

5. I ricavi connessi alla mobilità sanitaria, di cui al comma 1, erogata a soggetti che non risultano a carico del Servizio sanitario nazionale, ai sensi della normativa nazionale vigente, sono imputati ai bilanci delle aziende sanitarie locali, tramite le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

Qualora dovesse essere richiesto il pagamento di interessi di mora, sarà cura del Ministero verificarne le motivazioni e individuare il soggetto responsabile al fine di attribuire il costo aggiuntivo al bilancio di competenza. Nel caso in cui come soggetto responsabile venga individuata una Azienda Sanitaria Locale o una Regione o Provincia Autonoma, la verifica andrà condivisa e approvata con la Regione o Provincia Autonoma interessata.



4 PROCESSO FATTURE A CREDITO (MOBILITA' ATTIVA)

4.1 Fatturazione attiva con i Paesi dell'Unione Europea

La TEAM o eventuale Certificato sostitutivo provvisorio ed alcuni Formulari (E106/S1/SED 072, E109/S1/SED 072, E120/S1/SED 072, E121/S1/SED 072, E112/S2/SED 010, E123/DA1/SED DA002) vengono di norma rilasciati dalla istituzione competente del paese di provenienza del cittadino dell'Unione prima della partenza verso un altro Paese UE, in modo da poter essere utilizzati già all'arrivo nel Paese di destinazione, o comunque, in caso di bisogno di assistenza sanitaria. Qualora il cittadino dell'Unione si trovi in Italia privo di attestato e, quindi, nell'impossibilità di dimostrare il diritto a fruire dell'assistenza sanitaria con oneri a carico della propria istituzione estera alla quale è iscritto, l'assistito è titolare della fattura di addebito - l'Asl provvede alla fatturazione diretta al cittadino - per le prestazioni rese. Al momento della presentazione di un certificato sostitutivo provvisorio della EHIC che garantisca sulla copertura economica delle prestazioni rese nei periodi in cui l'evento si è verificato, allora tale fattura potrà essere annullata (soltanto dopo che la copertura assicurativa per i periodi necessari sia pervenuta dall'istituzione estera competente.)

Gli attestati possono essere richiesti alla istituzione estera competente, dichiarata dal cittadino dell'Unione, anche dalla ASL in sostituzione dell'assistito¹ (se la durata della permanenza dell'assistito lo consenta)².

Nel caso di richiesta all'istituzione estera di un attestato a copertura di prestazioni medicalmente necessarie erogate a soggetto sprovvisto di copertura assicurativa andrà sempre richiesto il certificato sostitutivo provvisorio della TEAM/EHIC, anche nel caso l'assistito presenti tardivamente la TEAM/EHIC, perché questa non garantisce che l'assistito straniero ne avesse effettivamente diritto nel suo Paese al momento in cui la prestazione è stata erogata, e non si sia iscritto, ad esempio, alla sua mutualità successivamente a questa prestazione, non riportando la EHIC la data di inizio della validità.

Affinché si possa richiedere rimborso delle prestazioni sanitarie erogate a cittadini dell'Unione, occorre che le stesse prestazioni vengano fatturate al più presto all'Istituzione estera competente e comunque non oltre i 12 mesi seguenti il semestre civile in cui la prestazione è stata iscritta nella contabilità della ASL³. Ai sensi del Regolamento 987/09 per data di iscrizione in contabilità si deve intendere l'anno ed il semestre indicato nel quadro 1 della fattura all'atto in cui questa viene inoltrata al paese estero. È necessario che quando tali prestazioni vengano rese ad assistiti esteri non iscritti al SSN, in temporaneo soggiorno, il prestatore di cure richieda all'assistito, immediatamente all'inizio delle cure, la TEAM/EHIC, che provvederà a fotocopiare unitamente ad un documento di riconoscimento dell'assistito. Al termine della erogazione delle prestazioni l'erogatore delle cure trasmetterà, nel più breve tempo possibile, alla ASL territorialmente competente, copia della documentazione di supporto (TEAM/EHIC e documento di riconoscimento) unitamente alla tariffazione della prestazione resa. La ASL potrà quindi procedere alla richiesta di rimborso per il tramite dell'applicativo di fatturazione ASPE messo a disposizione dal Ministero della Salute, a che a sua volta trasmetterà alla Istituzione estera competente. A tal fine occorre prendere visione del capitolo relativo allo scadenzario alla fatturazione previsto.

La struttura erogatrice deve conservare agli atti una fotocopia dell'attestato di diritto per eventuali future necessità.

¹ Rif. Decisione S1/2009, art. (5)

² Per la richiesta dei formulari all'Istituzione estera la ASL userà il mod. E107 o S071 per richiedere E106, E109, E120, E121/S1/S072 o S009 per richiedere E112/S2 o il SED S044 per richiedere la TEAM o il certificato sostitutivo. Qualora la durata del soggiorno non consenta di ottenere i formulari, le prestazioni andranno pagate direttamente dall'assistito che potrà richiedere il rimborso al rientro nel suo paese. Qualora previsto, il ticket deve essere pagato anche in presenza di attestato e resta a carico del paziente.

³ Rif. Reg. 987/2009, art. 67 punto 1)



4.2 Gestione fatturazioni attive per il tramite dell'applicativo nazionale (ASPE -UE)

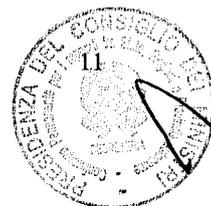
- La ASL carica le fatture al costo, in ASPE-UE, per le prestazioni rese ad assistiti comunitari.
- MdS a scadenza semestrale (giugno e dicembre) effettua il download delle fatture e le trasmette all'Organismo di collegamento del Paese UE competente per via elettronica (trasmissione delle fatture via server europeo sTesta) o per via cartacea a seconda di come il Paese estero è organizzato a riceverle ed a trattarle; unitamente alla spedizione suddetta, MdS invia la nota di credito cartacea, tramite Raccomandata, ai Paesi UE.
- Il Paese estero notifica a MdS la data di ricezione delle fatture o le eventuali osservazioni in merito alla qualità del dato trasmesso. Da questa data decorrono le tempistiche successive per il pagamento delle fatture, non contestate, entro 18 mesi o contestate, fino a 36 mesi da questa data.
- Per le fatture non oggetto di contestazione il Paese estero effettua il pagamento su capitolo dello Stato n. 3620 intestato al MEF.
- Per le fatture in contestazione, MdS riceve oggi i documenti esclusivamente cartacei dai Paesi esteri e provvede a inserire nell'applicativo ASPE-UE le contestazioni pervenute, allegando anche il documento cartaceo. Trasmette quindi le fatture in contestazione alla ASL per il tramite della Regione. Da quel momento vengono assegnati 90 giorni, in caso di non risposta o non lavorazione della contestazione nei tempi a disposizione per la lavorazione ASPE-UE considera la contestazione al credito come accettata e procede allo storno della richiesta.
- Nel caso in cui le risposte alle contestazioni siano prive di documentazione allegata da produrre ai Paesi esteri a giustificazione del credito, ovvero laddove la risposta adottata dalla Asl sia non supportabile da MdS presso il Paese estero debitore, l'operatore MdS ritrasmette nuovamente la fattura in contestazione alla ASL per una integrazione o revisione. Per ogni riproposizione di una fattura in contestazione successiva alla prima, la Regione-Asl ha soli 30 giorni per chiudere l'iter.
- L'intero iter della risposta a contestazione al Paese estero deve avvenire entro 12 mesi dalla ricezione della contestazione da parte di MdS, in caso di ritardo, o di risposta non pertinente (Esempio: lo Stato Estero chiede l'attestato di diritto e la ASL inoltra a MdS il Mod. S044 o S071, che invece, costituiscono richiesta di attestati), la contestazione si intende accettata ed il credito perso definitivamente.
- Alle volte occorrono più scambi tra i due Organismi di collegamento per arrivare alla definizione di tutte le fatture che compongono una singola richiesta (semestre), tutte le contestazioni debbono essere definite entro i 36 mesi dalla data di ricezione da parte del Paese debitore della nota di credito.
- Anche i pagamenti delle fatture di cui siano state definite le contestazioni al netto di quelle fatture di cui si sia concordato l'eventuale annullamento, pervengono sul cap. dello Stato n. 3620 intestato al MEF.

4.3 Contestazioni (ASPE-UE)

Nel caso in cui l'Istituzione competente del Paese estero abbia contestato in tutto o in parte l'importo fatturato per l'assistenza erogata ad un suo assistito, occorre richiamare anche in questo caso la Decisione S11 del 9 dicembre 2020 all'art. 2 con i seguenti 3 commi:

1. Le richieste di rimborso delle prestazioni erogate dietro presentazione di una tessera europea di assicurazione malattia (TEAM), di un documento che la sostituisca o di altri documenti attestanti il diritto alle prestazioni, possono essere respinte e rinviate all'istituzione creditrice qualora, ad esempio, la richiesta:

— sia incompleta e/o compilata in modo non corretto;



- riguardi prestazioni che non sono state erogate entro il periodo di validità della TEAM (o del documento attestante il diritto alle prestazioni) presentata dalla persona che ha ricevuto le prestazioni.
- 2. Se le prestazioni sono state erogate durante il periodo di validità del documento presentato dal beneficiario, la richiesta di rimborso non può essere respinta con la motivazione che la persona non è più assicurata presso l'istituzione che ha emesso la TEAM o il documento attestante il diritto alle prestazioni.
- 3. Un'istituzione tenuta a rimborsare i costi delle prestazioni erogate dietro presentazione di una TEAM può chiedere che l'istituzione presso cui la persona era correttamente iscritta nel periodo di erogazione delle prestazioni, rimborsi alla prima istituzione i costi di tali prestazioni, oppure, nel caso in cui la persona ha utilizzato la TEAM senza averne diritto, risolvere la questione con la persona interessata.

A maggior dettaglio si riassumono i motivi di contestazione, elencati nel SED S087 (per il costo effettivo), previsti a termine dei nuovi Regolamenti di sicurezza sociale, con evidenziata la rispettiva area di competenza per l'individuazione e la risposta prevista per la controparte.

SED 087 Contestazione di un credito individuale (COC)

Articolo 62, articolo 66, paragrafo 1, e articolo 67 del regolamento (CE) n. 987/2009

Questo documento non ci riguarda

Manca o non è conosciuto il codice dell'istituzione

Mancano o non sono noti alcuni elementi di identificazione (cognome, nome, data di nascita, PIN)

Manca il documento attestante il diritto alla prestazione o non si conosce quale sia

Manca o è incompleto il periodo del ricovero ospedaliero

L'istituzione non è in grado di stabilire se la persona sia assicurata

Il periodo delle prestazioni in natura non è coperto dal periodo di diritto alla prestazione

I costi vanno liquidati mediante importo forfettario

La persona non è iscritta nel documento attestante il diritto alla prestazione

Non è stata accusata ricevuta del documento attestante diritto alla prestazione

Doppia fattura

Il diritto alla prestazione si è estinto il

Il diritto alla prestazione è insorto nello Stato di residenza il

L'interessato percepisce una pensione prevalente da un altro Stato

Apparentemente le prestazioni riguardano un infortunio sul lavoro verificatosi il

Le prestazioni non riguardano un infortunio sul lavoro verificatosi il

La persona percepisce una pensione nello Stato di residenza dal

La persona è deceduta il

La persona è titolare di un proprio diritto a prestazioni nello Stato di residenza

Riduzione dell'importo del credito

4.4 Controdeduzioni – Risposte alle contestazioni

SED 088 Risposta relativa alla contestazione di un credito individuale (RPY_COC)

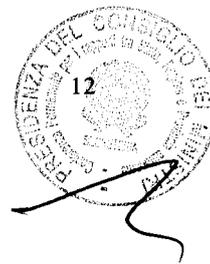
Articolo 62, articolo 66, paragrafo 1, e articolo 67 del regolamento (CE) n. 987/2009

(B) Accettiamo la contestazione e operiamo riduzione della fattura

(A) La contestazione non è pervenuta nei termini

(B) Vengono integrati i dati mancanti dell'S080

(B) Vengono corretti i dati inesatti del DA010



- (B) Nessuna doppia fatturazione
- (B) La persona non percepisce una pensione nello Stato di residenza
- (B) Il diritto primario alla prestazione nello Stato di residenza decorre dal
- (B) Il familiare non ha diritto a prestazioni nello Stato di residenza
- (A) I costi non vanno liquidati mediante importo forfettario
- (B) Il familiare è ora iscritto nel documento attestante il diritto alla prestazione
- (B) In base alla documentazione allegata, la fattura deve essere pagata
- (B) Si allega il documento attestante il diritto alla prestazione
- (B) Si allegano i documenti da voi richiesti

Legenda:

- (A) Controdeduzione operata da MdS
- (B) Controdeduzione operata da ASL

