

**QUANDO IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE SI AMMALA (aggiornato con modifiche avvenute in data 5/02/2001)**

**Documentazione necessaria per richiedere il rimborso  
del medico sostituto nei primi 30 giorni di malattia o infortunio per i medici di medicina generale**

**POLIZZA: N° 81301025 ASSICURAZIONI GENERALI S.p.A.**

**DENUNCIA: (vedi modulo allegato – Foglio 4)**

Comunicazione entro 10 giorni allegando:

1. Certificato medico con diagnosi e prognosi .
2. Luogo di reperibilità del medico durante la malattia.

**CHIUSURA PRATICA:**

1. In caso di ricovero con pernottamento, Day Hospital con intervento chirurgico o malattia oncologica anche senza intervento, certificato dell' Istituto di cura con date e orari d'ingresso e dimissioni.
2. Fotocopie delle distinte dei pagamenti effettuati dalla A.S.L. all'assicurato dei tre mesi antecedenti alla malattia (es. *inizio maggio, distinte di: febbraio marzo e aprile*).
3. Certificato di avvenuta guarigione con data di ripresa lavoro (se il periodo di malattia non supera i 30 giorni).
4. Dichiarazione (in carta semplice) rilasciata dalla A.S.L. al termine della malattia o dei primi 30 giorni (se la malattia si protrae), che attesti l'avvenuta sostituzione per malattia con altro/i medico/i.
5. Codici bancari: ABI, CAB, N° di C/C. (vedi modulo allegato – Foglio 4).
6. Fattura o ricevuta fiscale in originale (viene restituita) del medico sostituto che riporti: i dati completi del medico e del sostituto, la descrizione del servizio reso, il periodo durante il quale il servizio è stato effettuato e il quietanzamento per avvenuto pagamento. (vedi es. – Foglio 3).

**TERMINI DI LIQUIDAZIONE:**

20 giorni dall'esatta completa documentazione.

**FRANCHIGIA:**

**5 giorni di franchigia:**

Senza ricovero,  
ricovero in Day Hospital senza intervento chirurgico

**nessuna franchigia:**

ricovero con pernottamento,  
Day Hospital con intervento chirurgico  
Day Hospital per malattia oncologica anche senza intervento chirurgico

**VIENE RIMBORSATA LA SPESA EFFETTIVAMENTE SOSTENUTA CON UN MASSIMO DI:**

**(come si calcola il rimborso)**

Il premio deve essere calcolato sui compensi spettanti al medico assicurato a titolo di **onorario professionale**: Vedi Art. 45 lettera A1 commi 1,2,3,4. **(All. 1)**

Si sommano le voci dell' onorario professionale (*tenendo in considerazione la morbilità*) di tutti e tre i mesi antecedenti la malattia, il risultato si divide per 90 e si moltiplica per i giorni di malattia dichiarati dalla A.S.L.

**Variazione da calcolare relativa alla maggiore o minore morbilità (All. C – A.C.N. ):**

L'onorario professionale deve essere maggiorato del 20% (*quando il medico si ammala nei mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo*).

L'onorario professionale deve essere decurtato del 20% (*quando il medico si ammala nei mesi di giugno, luglio, agosto e settembre*).

L'onorario professionale rimane uguale (*quando il medico si ammala nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre*).

*N.B. Se non c'è ricovero sottrarre i primi 5 giorni dal conteggio. Non viene rimborsata la domenica o un giorno festivo, quando è il primo o l'ultimo giorno di sostituzione.*

**PER GLI ISCRITTI F.I.M.M.G.**

**La documentazione può essere inviata alla F.I.M.M.G. Piazza Marconi, 25 - 00144 Roma**

Per qualsiasi chiarimento o informazione chiedere della Sig.ra Cristina

Orari: lun. gio. ven. 10,30 – 15,00, mart. 18,00 – 22,30.

Telefoni: 06/5912875 (diretto) 06/5917833 (Fimmg Nazionale) 06/5924433 (Fimmg Roma)

negli altri orari tel. 0338/6156162.

Per inviare la denuncia di malattia tramite FAX. 06/5914327- 06/5920078.

**ART: 45 comma A1 – ONORARIO PROFESSIONALE**

1. Ai medici di medicina generale incaricati dei compiti di assistenza primaria è corrisposto, per ciascun assistito in carico, un compenso forfetario annuo, come dalla seguente tabella, distinto secondo l'anzianità di laurea del medico.

ANZIANITÀ DI LAUREA	C o m p e n s o f o r f e t a r i o	
	01.01.1999	01.01.2000
da 0 a 6 anni	44.795	45.422
oltre 6 fino a 13 anni	47.837	48.507
oltre 13 fino a 20 anni	51.009	51.723
oltre 20 anni	54.178	54.937
oltre 27 anni	56.293	57.082

2. Per ciascun assistito che abbia compiuto il 75° anno di età è corrisposto un ulteriore compenso forfetario annuo pari a lire 30.000, a decorrere dallo 01.01.2000. (omissis.....)
3. In considerazione dei compiti di cui all'art. 31, comma 3, è corrisposto un compenso capitaro annuo per assistito pari a lire 2.800, a decorrere dallo 01.01.2000.
4. Per le scelte dei minori di età inferiore a 14 anni effettuate dalla data di pubblicazione del presente accordo è corrisposto un ulteriore compenso capitaro annuale di lire 35.000.

**ALLEGATO C  
(ART. 23)**

**REGOLAZIONE DEI RAPPORTI ECONOMICI TRA MEDICO TITOLARE  
E SOSTITUTO DI ASSISTENZA PRIMARIA NEI CASI DI SOSTITUZIONE VOLONTARIA**

1. Fermi restando gli obblighi a carico delle Aziende stabiliti dall'art. 23, i rapporti economici tra medico sostituto e quello già sostituito, chiunque tra i due percepisca i compensi della Azienda, sono regolati tenendo conto dell'uso della maggiore o minore morbidità legata alla stagione. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.
2. L'onorario professionale, deve essere corrisposto per intero al medico sostituto.
3. Individuata convenzionalmente nel 20% la variazione relativa alla maggiore o minore morbidità, i compensi di cui al comma 2 spettano, per i primi 30 giorni, integralmente al medico sostituto se relativi a sostituzioni effettuate nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre; se relativi ai mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo essi sono maggiorati del 20% con oneri a carico del titolare e ridotti del 20% se relativi ai mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.
4. Il compenso di cui all'articolo 45, lettera B1, è corrisposto al sostituto ove egli ne abbia diritto ai sensi del comma 2 della stessa lettera B1.
5. Ai medici sostituiti spettano i compensi di cui all'art. 45, C1 comma 2, C2 commi 1 e 2, C3, per le relative prestazioni eseguite nel corso della sostituzione.

## ESEMPIO DI FATTURA O RICEVUTA FISCALE

<b>Sanitario, domicilio cod.fiscale partita IVA (dati medico sostituto) Dott.Rossi ecc.</b>	<b>RICEVUTA n° ___5</b> <b>Data _____ 15/01/01</b>						
<b>Sanitario, domicilio cod.fiscale partita IVA(dati medico sostituto)</b> <b>Dott. Bianchi ecc.</b>							
<b>Descrizione della prestazione sanitaria</b>	<b>importo</b>						
<b>Sostituzione medica SSN per malattia</b> <b>dal 1/1/00 al 15/1/00</b>	<b>1.000.000</b>						
<b>Firma per quietanza</b> <hr style="width: 200px; margin: 5px 0;"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;"><b>Totale</b></td> <td style="text-align: right; padding: 2px;"><b>1.000.000</b></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><b>Ritenuta Acconto 20%</b></td> <td style="text-align: right; padding: 2px;"><b>200.000</b></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><b>Da pagare</b></td> <td style="text-align: right; padding: 2px;"><b>800.000</b></td> </tr> </table>	<b>Totale</b>	<b>1.000.000</b>	<b>Ritenuta Acconto 20%</b>	<b>200.000</b>	<b>Da pagare</b>	<b>800.000</b>
<b>Totale</b>	<b>1.000.000</b>						
<b>Ritenuta Acconto 20%</b>	<b>200.000</b>						
<b>Da pagare</b>	<b>800.000</b>						
<b>La ricevuta rilasciata per prestazioni sanitarie è esente da IVA ai sensi dell'Art.10, comma 1, n°18 del D.P.R. 633/1972 e successive modificazioni, e soggetta a bollo vigente.</b>							

**Si ricorda che dal 1 gennaio 1998 il medico che corrisponde compensi per sostituzione ha l'obbligo di effettuare la ritenuta d'acconto e provvedere al versamento della stessa in Esattoria entro il quindicesimo giorno del mese successivo al pagamento della fattura.**

- Per Raccomandata:  
Spett. Assicurazioni Generali Ag. 63J  
Via di Villa Massimo, 39  
00161 Roma

- Per fax: Uff. c/o F.I.M.M.G.:  
Fax Nazionale 06/5914327  
Fax Roma 06/5920078  
Piazza Marconi, 25  
(grattacielo Italia)  
00144 Roma

Oggetto: comunicazione apertura malattia/infortunio polizza n°81301025

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

medico di medicina generale convenzionato con la A.S.L. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

dichiara di essersi assentato dal lavoro per malattia/infortunio dalla data del \_\_\_\_\_

Il suo recapito è il seguente:

Dott. \_\_\_\_\_

Piazza/Via \_\_\_\_\_

C.a.p. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Allega:

- Certificato medico con diagnosi e prognosi
- Certificato di ricovero
- Certificato di pronto soccorso

Seguirà documentazione

Data, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Modulo per i codici bancari**

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>
<b>Numero C/C Bancario</b>	<b>Cod. ABI</b>
<b>Banca</b>	<b>Ag. Cod. CAB</b>
<b>Indirizzo</b>	