



Potenza, 05 DIC. 2017

Prot. 129996

A tutti gli utenti aventi diritto
alla Card Celiaci

Oggetto: Carta prepagata per utenti affetti da morbo celiaco, compresa la variante clinica della dermatite erpetiforme, dell'Azienda Sanitaria di Potenza – Disposizioni sulle modalità di erogazione.

Con Delibera del Direttore Generale n° 635 del 6.10.17 è stata affidata alla Banca Popolare di Bari la fornitura di carte prepagate per gli utenti celiaci dell'Azienda Sanitaria di Potenza nelle modalità di seguito riportate:

- Gli utenti potranno ritirare la carta prepagata nei giorni e presso l'istituto bancario convenzionato, comunicato telefonicamente dagli operatori aziendali;
- E' attivo il numero verde dell'istituto bancario a cui rivolgersi per eventuali pianificazione degli appuntamenti e per le altre problematiche relative all'attivazione della carta prepagata.
Il numero del CUSTOMER CENTER è "800 005 444" ed è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 19,00 e il sabato dalle ore 8,30 alle ore 14,00;
- La carta prepagata sarà utilizzabile da 1 gennaio 2018;
- La carta è nominale, contiene gli identificativi del soggetto e potrà essere utilizzata per la sola erogazione dei prodotti alimentari con la dicitura:
"Senza glutine, specificatamente formulati per celiaci" o "senza glutine, specificatamente formulati per persone intolleranti al glutine" nei limiti di spesa mensili indicati nella tabella 1 di cui al D.M. 4.5 2006 e s.m.e i. di seguito riportati.

Fascia di età	tetto mensile maschi	tetto mensile femmine
6 mesi – 1 anno	€ 45,00	€ 45,00
Fino a 3,5 anni	€ 62,00	€ 62,00
Fino a 10 anni	€ 94,00	€ 94,00
Età adulta (maggiore o uguale a 11 anni)	€140,00	€ 99,00



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Tali importi rappresentano limiti tassativi di spesa per ciascun mese di riferimento per cui eventuali importi superiori non saranno rimborsabili da parte dell'Azienda.

- La carta può essere utilizzata :
 - a) su tutto il territorio nazionale presso i fornitori convenzionati, quali farmacie parafarmacie e negozi specializzati,
 - b) presso la grande distribuzione ,
 - c) in un'unica soluzione oppure in momenti diversi e presso fornitori diversi,fermo **restando l'utilizzo nel semestre di riferimento della validità della stessa e nel rispetto della quota massima mensile prevista.**
- L'utente avrà cura di conservare lo scontrino o ricevuta fiscale che attesti in modo dettagliato l'acquisto dei soli prodotti per celiaci.
Tale documentazione giustificativa dovrà essere trasmessa semestralmente, nel mese successivo al semestre di riferimento, all'Ufficio Assistenza Sanitaria a cui si è sempre rivolto e che custodisce il proprio fascicolo. Tale documentazione giustificativa dovrà essere corredata da scheda riepilogativa riportante per ogni mese il numero degli scontrini allegati e la somma spesa.
- L'Azienda Sanitaria effettuerà tutti i controlli necessari a verificare il corretto utilizzo della carta e le eventuali contestazioni avranno valore sul primo semestre dell'anno successivo di riferimento;
Il mancato invio di detta documentazione, non consentendo l'effettuazione dei dovuti controlli, di fatto produrrà la sospensione della validità della carta stessa.
- Qualora l'utente cambi la propria residenza verso un comune al di fuori dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, ha l'obbligo di darne immediata comunicazione all'Azienda e provvederà a restituire la carta all'ufficio di riferimento: restituzione che dovrà avvenire anche in caso di non più utilizzo.

N.B. Si allega il modello di trasmissione con cadenza semestrale degli scontrini di acquisto di prodotti celiaci.

Distinti saluti.

Il Direttore UOC Assistenza Primaria
Potenza / Venosa / Melfi
Dott.ssa Anna Bacchini

Il Direttore UOC Assistenza Primaria
Lauria / Serise / Villa D'Agri
Dott. Roland Callini





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

MODELLO DI TRASMISSIONE CON CADENZA SEMESTRALE DEGLI SCONTRINI DI ACQUISTO DI PRODOTTI PER CELIACI

Al Direttore della U.O.C. Assistenza Primaria

Ufficio di _____ (indicare il Comune di competenza)

Via _____

Cap. _____ Città _____

Il sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il
_____ e residente in _____ alla Via
_____, possessore della CARD CELIACI , trasmette in allegato alla
presente gli scontrini di acquisto di prodotti per celiaci relativi al semestre
_____, distinti per singolo mese e come di seguito riepilogati:

Mensilità	Numero scontrini allegati	Importo speso
Totale		

A tal fine, consapevole delle proprie responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi del D.P.R. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità che

L'importo di €. _____ riferito al 1°/2° semestre dell'anno ____ è stato speso dallo scrivente esclusivamente per l'acquisto di prodotti alimentari con la dicitura "senza glutine, specificatamente formulati per celiaci" o "senza glutine, specificatamente formulati per persone intolleranti al glutine."

In fede.

Data _____

Firma leggibile
