

#### ISTRUZIONI E NOTE

Il file contiene le informazioni relative alle spese sanitarie ed ai rimborsi trasmessi dai Fondi Cassa. **Questo tracciato deve essere utilizzato a partire dall'anno di riferimento 2016.**

#### RECORD DI TESTA

Il record di testa, record di tipo 0, identifica il soggetto obbligato (codice fiscale, dati identificativi), l'anno di riferimento, la tipologia di invio.

L'invio sostitutivo o l'annullamento prevedono la sostituzione o l'annullamento dell'intero file già inviato telematicamente, identificato da un protocollo telematico, a fronte del quale è stata emessa ricevuta di acquisizione. Nel caso in cui un Fondo abbia necessità di inviare comunicazioni sostitutive o annullamenti di file inviati precedentemente da una società incorporata, è necessario che indichi negli appositi campi del record di testa che si tratta di comunicazioni di variazioni di dati inviati dall'incorporata impostando il codice fiscale della società incorporata.

#### RECORD DI DETTAGLIO

Il record di dettaglio di tipo 1 contiene le informazioni relative al **soggetto iscritto al fondo, ai contributi versati e alle spese rimborsate**

Invi di tipo "annullamento" non devono contenere record di dettaglio

#### RECORD DI CODA

Il record di coda, record di tipo 9, contiene gli stessi dati presenti nel record di testa, a parte il tipo record

TRACCIATO RIMBORSI SPESE SANITARIE RECORD DI TESTA							
Campo	Posizione		Lunghezza	Descrizione campo	Tipo di dato	Valori	Note
	da	a					
1	1	1	1	Tipo Record	NU	Vale sempre "0"	Dato obbligatorio.
2	2	6	5	Codice identificativo della fornitura	AN	Vale sempre "RSS00"	Dato obbligatorio.
<b>TIPOLOGIA DI INVIO</b>							
3	7	7	1	Tipologia di invio	NU	Valori ammessi:	Dato obbligatorio.
						0 = Invio ordinario	
						1 = Invio sostitutivo	
						2 = Annullamento	
4	8	24	17	Protocollo telematico da sostituire o annullare	NU		Dato da valorizzare esclusivamente nei casi di: - Invio sostitutivo (Tipologia invio = 1) - Annullamento (Tipologia invio = 2)
<b>CODICE FISCALE DEL FONDO (SOGETTO OBBLIGATO)</b>							
5	25	35	11	Codice Fiscale del Fondo	CF	Codice Fiscale del soggetto obbligato all'invio <u>Non è ammessa l'indicazione della Partita IVA.</u>	Dato obbligatorio.
<b>DATI ANAGRAFICI DEL FONDO (SOGETTO OBBLIGATO)</b>							
6	36	95	60	Denominazione	AN	Denominazione del soggetto obbligato	Dati obbligatori.
7	96	135	40	Comune del Domicilio Fiscale	AN		
8	136	137	2	Provincia del Domicilio Fiscale	PR	In caso di Stato estero, indicare "EE"	
<b>TIPOLOGIA FONDO</b>							
9	138	138	1	Tipologia fondo	AN	Valori ammessi:	Dato obbligatorio.
						A = Fondo/Cassa di cui all'articolo 51, comma 2 lettera a del TUIR	
						B = Fondo/Casse di cui all'articolo 10, comma 1 lettera e-ter del TUIR	
						C = Atri fondi diversi da tipologie A e B	
<b>ANNO DEL RIMBORSO</b>							
10	139	142	4	Anno in cui è stato erogato il rimborso	NU	Da indicare nel formato "AAAA"	Dato obbligatorio.
<b>VARIAZIONE DATI INVIATI DA SOCIETA' INCORPORATA</b>							
11	143	143	1	Comunicazione di variazione di dati inviati da società incorporata	NU	Assume i seguenti valori:	Da impostare ad 1 solo in caso di Tipologia invio = 1 o Tipologia invio = 2 e se il file da sostituire o annullare è stato precedentemente inviato da società incorporata.
						0 = Non si stanno comunicando variazioni di dati inviati da società incorporata;	
						1 = Si stanno comunicando dati inviati da società incorporata	
12	144	159	16	Codice fiscale società incorporata	CF	Codice fiscale della società incorporata che ha inviato la comunicazione da sostituire	Da impostare esclusivamente e obbligatoriamente se Tipologia invio = 1 o Tipologia invio = 2 e se il campo "Comunicazione di variazione di dati inviati da società incorporata" = 1
<b>DATI RISERVATI AL SOGETTO CHE ASSUME L'IMPEGNO ALLA PRESENTAZIONE TELEMATICA</b>							
13	160	175	16	Codice fiscale dell'intermediario che effettua la trasmissione	CF	Obbligatorio se presente un altro dato nella sezione. Se numerico, deve essere allineato a sinistra	La sezione va compilata se il soggetto che assume l'impegno alla trasmissione è un intermediario al quale il soggetto obbligato dà incarico alla trasmissione telematica, altrimenti impostare a spazi.
14	176	176	1	Impegno a trasmettere in via telematica la comunicazione	AN	Dato obbligatorio se presente il codice fiscale dell'intermediario. Valori ammessi:	
						1 = Comunicazione predisposta dal contribuente	
						2 = Comunicazione predisposta da chi effettua l'invio	
<b>INDIRIZZO E-MAIL</b>							
15	177	276	100	Indirizzo e-mail valido per eventuali contatti	AN	Indirizzo mail della struttura che cura gli invii	Dato obbligatorio.
<b>CARATTERI DI CONTROLLO</b>							
16	277	1797	1521	Filler	AN	Spazio a disposizione	
17	1798	1798	1	Carattere di controllo	AN	Vale sempre "A"	Dato obbligatorio.
18	1799	1800	2	Caratteri di fine riga	AN	Caratteri ASCII "CR" e "LF" (valori esadecimali "0D" "0A")	Dato obbligatorio.

**TRACCIATO RECORD DI DETTAGLIO  
DATI DELLE SPESE E DEI RIMBORSI**

Campo	Posizione		Lunghezza	Descrizione campo	Tipo di dato	Valori	Note
	da	a					
1	1	1	1	Tipo Record	NU	Vale sempre "1"	Dato obbligatorio
<b>CODICE FISCALE DELL'ISCRITTO</b>							
2	2	17	16	Codice Fiscale dell'iscritto	CF	Codice fiscale. Se numerico allineare a sinistra. <b>Non è ammessa l'indicazione della Partita IVA</b>	Dato obbligatorio.
<b>TABELLA DEGLI IMPORTI TOTALI DELLE SPESE E DEI RIMBORSI PER ANNO DI RIFERIMENTO E TIPOLOGIA DI SPESA</b>							
<p>I campi da 3 a 7 identificano i dati relativi agli importi delle spese e dei rimborsi distinti per anno e tipologia di spesa. Il blocco può essere ripetuto per 30 occorrenze (per un totale di 1.170 caratteri, dal carattere 18 al carattere 1.187) al variare del soggetto che usufruisce della prestazione, dell'anno di riferimento della spesa e della tipologia di spesa. Gli elementi della tabella compilati devono essere contigui e non è ammessa la ripetizione delle informazioni riferite a "Codice fiscale del soggetto che usufruisce della prestazione", "Anno di riferimento della spesa" e "Tipologia spesa". Per gli elementi compilati, è richiesta la compilazione di tutti i campi. Gli elementi della tabella non utilizzati devono essere riempiti con il carattere spazio.</p>							
3	18	33	16	Codice Fiscale del soggetto che usufruisce della prestazione sanitaria (iscritto, ovvero, soggetto diverso dall'iscritto)	CF	Codice fiscale. Se numerico allineare a sinistra. <b>Non è ammessa l'indicazione della Partita IVA</b>	Dato obbligatorio.
4	34	37	4	Anno di riferimento della prestazione sanitaria (spesa)	NU	Può assumere valore uguale o antecedente al massimo di 10 anni rispetto all'anno in cui è stato erogato il rimborso.	Dato obbligatorio
						Valori ammessi:  <b>A = Spese sanitarie inviate al Sistema Tessera Sanitaria ai sensi dei decreti del Ministero dell'Economia e delle finanze del 31 luglio 2015, del 2 agosto 2016 e del 16 settembre 2016 - Allegato A (codici TK, FC, AD, AS, SR, SP); Spese sanitarie non inviate al Sistema Tessera Sanitaria, ad esempio spese mediche sostenute all'estero</b>  Confluiscono in questa categoria i rimborsi relativi alle seguenti spese mediche: - Ticket - Farmaci, anche omeopatici - Acquisto o affitto di dispositivi medico CE - Spese sanitarie relative ad ECG, spirometria, Holter pressorio e cardiaco, test per glicemia, colesterolo e trigliceridi o misurazione della pressione sanguigna - Spese prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale esclusa la chirurgia estetica e la medicina estetica. - Visita medica generica e specialistica o prestazioni	

5	38	38	1	Tipologia di spesa	AN	<p>diagnostiche e strumentali  - Prestazione chirurgica ad esclusione della chirurgia estetica e della medicina estetica  - Ricoveri ospedalieri, ad esclusione della chirurgia estetica e della medicina estetica, al netto del comfort  - Certificazione medica  - Prestazioni sanitarie erogate dagli psicologi, dagli infermieri, dagli ostetrici/che, dai tecnici sanitari di radiologia medica e dagli ottici.</p>	Dato obbligatorio
						<p><b>B = Spese sanitarie inviate al Sistema Tessera Sanitaria ai sensi dei decreti del Ministero dell'Economia e delle finanze del 31 luglio 2015, del 2 agosto 2016 e del 16 settembre 2016 - Allegato A (codici CT, PI, IC)</b></p> <p>Confluiscono in questa categoria i rimborsi relativi alle spese mediche agevolabili a determinate condizioni previste per legge ed in particolare:  - Cure termali, escluse le spese sostenute per viaggi e soggiorni  - Acquisto o affitto di protesi - che non rientrano tra i dispositivi medici con marcatura CE - e assistenza integrativa.  - Interventi di chirurgia estetica e di medicina estetica ambulatoriale o ospedaliera.</p>	
6	39	47	9	Importo della spesa	NU	L'importo va espresso in Euro (parte intera)	Dato obbligatorio. Per la configurazione del campo, consultare il paragrafo 4.2 del documento "Modalità di compilazione per la trasmissione delle Comunicazioni dei dati relativi ai rimborsi delle spese sanitarie"
7	48	56	9	Importo del rimborso	NU	L'importo va espresso in Euro (parte intera)	Dato obbligatorio. Per la configurazione del campo, consultare il paragrafo 4.2 del documento "Modalità di compilazione per la trasmissione delle Comunicazioni dei dati relativi ai rimborsi delle spese sanitarie"

**TABELLA DEGLI IMPORTI DEI VERSAMENTI EFFETTUATI**

I campi da 8 a 10 identificano i dati relativi agli importi dei versamenti effettuati direttamente dall'iscritto o da soggetto diverso dal sostituto d'imposta.  
Il blocco può essere ripetuto per 10 occorrenze (per un totale di 340 caratteri, dal carattere 1.188 al carattere 1.527) al variare del soggetto a favore del quale è effettuato il versamento.  
Gli elementi della tabella compilati devono essere contigui e non è ammessa la ripetizione delle informazioni riferite al "Codice Fiscale del soggetto a favore del quale sono versati i contributi (iscritto, ovvero, soggetto diverso dall'iscritto)".  
Per gli elementi compilati, è richiesta la compilazione di almeno un campo importo e del codice fiscale.  
Gli elementi della tabella non utilizzati devono essere riempiti con il carattere spazio.

8	1188	1203	16	Codice Fiscale del soggetto a favore del quale sono versati i contributi (iscritto, ovvero, soggetto diverso dall'iscritto)	CF	Codice fiscale. Se numerico allineare a sinistra. <b>Non è ammessa l'indicazione della Partita IVA</b>	Dato obbligatorio.
9	1204	1212	9	<u>Totale dei contributi versati nell'anno di cui al punto 10 del record 0, direttamente dall'iscritto o da soggetto diverso dal sostituto, relativi al medesimo anno</u>	NU	L'importo va espresso in Euro (parte intera)	Per la configurazione del campo, consultare il paragrafo 4.2 del documento "Modalità di compilazione per la trasmissione delle Comunicazioni dei dati relativi ai rimborsi delle spese sanitarie"
10	1213	1221	9	<u>Totale dei contributi versati nell'anno di cui al punto 10 del record 0, direttamente dall'iscritto o da soggetto diverso dal sostituto, relativi ad anni precedenti</u>	NU	L'importo va espresso in Euro (parte intera)	Per la configurazione del campo, consultare il paragrafo 4.2 del documento "Modalità di compilazione per la trasmissione delle Comunicazioni dei dati relativi ai rimborsi delle spese sanitarie"
<b>CARATTERI DI CONTROLLO</b>							
11	1528	1797	270	Filler	AN	Spazio a disposizione	
12	1798	1798	1	Carattere di controllo	AN	Vale sempre "A"	Dato obbligatorio.
13	1799	1800	2	Caratteri di fine riga	AN	Caratteri ASCII "CR" e "LF" (valori esadecimali "OD" "OA")	Dato obbligatorio.

TRACCIATO RIMBORSI SPESE SANITARIE RECORD DI CODA							
Campo	Posizione		Lunghezza	Descrizione campo	Tipo di dato	Valori	Note
	da	a					
1	1	1	1	Tipo Record	NU	Vale sempre "9"	Dato obbligatorio.
2	2	6	5	Codice identificativo della fornitura	AN	Vale sempre "RSS00"	Dato obbligatorio.
<b>TIPOLOGIA DI INVIO</b>							
3	7	7	1	Tipologia di invio	NU	Valori ammessi:	Dato obbligatorio.
						0 = Invio ordinario	
						1 = Invio sostitutivo	
						2 = Annullamento	
4	8	24	17	Protocollo telematico da sostituire o annullare	NU		Dato da valorizzare esclusivamente nei casi di: - Invio sostitutivo (Tipologia invio = 1) - Annullamento (Tipologia invio = 2)
<b>CODICE FISCALE DEL FONDO (SOGETTO OBBLIGATO)</b>							
5	25	35	11	Codice Fiscale del Fondo	CF	Codice Fiscale del soggetto obbligato all'invio <u>Non è ammessa l'indicazione della Partita IVA.</u>	Dato obbligatorio.
<b>DATI ANAGRAFICI DEL FONDO (SOGETTO OBBLIGATO)</b>							
6	36	95	60	Denominazione	AN	Denominazione del soggetto obbligato	Dati obbligatori.
7	96	135	40	Comune del Domicilio Fiscale	AN		
8	136	137	2	Provincia del Domicilio Fiscale	PR	In caso di Stato estero, indicare "EE"	
<b>TIPOLOGIA FONDO</b>							
9	138	138	1	Tipologia fondo	AN	Valori ammessi:	Dato obbligatorio.
						A = Fondo/Cassa di cui all'articolo 51, comma 2 lettera a del TUIR	
						B = Fondo/Casse di cui all'articolo 10, comma 1 lettera e-ter del TUIR	
						C = Atri fondi diversi da tipologie A e B	
<b>ANNO DEL RIMBORSO</b>							
10	139	142	4	Anno in cui è stato erogato il rimborso	NU	Da indicare nel formato "AAAA"	Dato obbligatorio.
<b>VARIAZIONE DATI INVIATI DA SOCIETA' INCORPORATA</b>							
11	143	143	1	Comunicazione di variazione di dati inviati da società incorporata	NU	Assume i seguenti valori:	Da impostare ad 1 solo in caso di Tipologia invio = 1 o Tipologia invio = 2 e se il file da sostituire o annullare è stato precedentemente inviato da società incorporata.
						0 = Non si stanno comunicando variazioni di dati inviati da società incorporata; 1 = Si stanno comunicando dati inviati da società incorporata	
12	144	159	16	Codice fiscale società incorporata	CF	Codice fiscale della società incorporata che ha inviato la comunicazione da sostituire	Da impostare esclusivamente e obbligatoriamente se Tipologia invio = 1 o Tipologia invio = 2 e se il campo "Comunicazione di variazione di dati inviati da società incorporata" = 1
<b>DATI RISERVATI AL SOGETTO CHE ASSUME L'IMPEGNO ALLA PRESENTAZIONE TELEMATICA</b>							
13	160	175	16	Codice fiscale dell'intermediario che effettua la trasmissione	CF	Obbligatorio se presente un altro dato nella sezione. Se numerico, deve essere allineato a sinistra	La sezione va compilata se il soggetto che assume l'impegno alla trasmissione è un intermediario al quale il soggetto obbligato dà incarico alla trasmissione telematica, altrimenti impostare a spazi.
14	176	176	1	Impegno a trasmettere in via telematica la comunicazione	AN	Dato obbligatorio se presente il codice fiscale dell'intermediario. Valori ammessi: 1 = Comunicazione predisposta dal contribuente 2 = Comunicazione predisposta da chi effettua l'invio	
<b>INDIRIZZO E-MAIL</b>							
15	177	276	100	Indirizzo e-mail valido per eventuali contatti	AN	Indirizzo mail della struttura che cura gli invii	Dato obbligatorio.
<b>CARATTERI DI CONTROLLO</b>							
16	277	1797	1521	Filler	AN	Spazio a disposizione	
17	1798	1798	1	Carattere di controllo	AN	Vale sempre "A"	Dato obbligatorio.
18	1799	1800	2	Caratteri di fine riga	AN	Caratteri ASCII "CR" e "LF" (valori esadecimali "0D" "0A")	Dato obbligatorio.