

**NORMATIVO DEL
PIANO SANITARIO
SANITASS
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

n° 100284

**OFFERTO IN
FORMA INDIVIDUALE AI
SOCI E CORRENTISTI DELLE
BANCHE ADERENTI AD
ASSICURA GROUP**

Copertura valida dal 2014

SANITASS

Fondo Sanitario Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale
Via Victor Hugo, 2 – 20123 Milano MI - C.F.: 97554000154

PREMESSA

Questo normativo ha l'obiettivo di fornire agli iscritti al Fondo un supporto per la comprensione ed utilizzo delle presentazioni previste dal Piano Sanitario.

Le prestazioni offerte dal Fondo Sanitass sono coperte e garantite attraverso una copertura assicurativa con RBM Salute compagnia, specializzata nel settore salute, presente sul mercato italiano.

I servizi di supporto sono erogati da Previmedical, società di servizi specializzata nell'erogazione di servizi di assistenza sanitaria.

Le modalità di accesso ai piani sanitari Sanitass e la relativa modulistica è disponibile sul sito: www.sanitass.it

INDICE

❖ DEFINIZIONI	pag. 4
❖ ESTRATTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE COPERTE DAL FONDO	pag. 8
❖ NORME GENERALI CHE REGOLANO IL PIANO SANITARIO	pag. 13
❖ LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO	pag. 17
❖ Allegato I ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	pag. 19
❖ Allegato II ELENCO GRAVI PATOLOGIE	pag. 21
❖ Allegato III SCHEDE RIASSUNTIVE DELLE PRESTAZIONI COPERTE	pag. 22
❖ Allegato IV TARIFFARIO PREVIMEDICAL LTC (FUORI NETWORK)	pag. 23
❖ Allegato V GUIDA AI SERVIZI PREVIMEDICAL	pag. 29
❖ Allegato VI IL MODULO DI RIMBORSO	pag. 39

❖ DEFINIZIONI (in ordine alfabetico)

Assistenza: aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito al Socio Beneficiario che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro.

Assistenza infermieristica: l'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.

Assistito/Beneficiario: il Socio o il Correntista della Cassa Rurale/Banca di Credito Cooperativo aderente ad Assicura Group titolare e/o contitolare di contratti bancari stipulati con la Cassa Rurale/Banca stessa, il quale abbia aderito al Fondo e, nella sua qualità di associato, è titolare del Piano Sanitario.

I componenti del nucleo familiare del titolare del Piano Sanitario indicati nominativamente nel modulo di adesione.

Le persone sopra indicate hanno pertanto la qualifica di Socio Beneficiario e sono quindi beneficiari delle prestazioni garantite con il Piano Sanitario stipulato dal Fondo.

Cartella Clinica: documento ufficiale e atto pubblico redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Centrale Operativa: la struttura del Service, composta da personale dotato di competenze tecnico mediche, deputata alla gestione degli adempimenti relativi alle richieste di assistenza formulate dai Soci-Beneficiari e a svolgere la gestione amministrativa e contabile e la liquidazione degli eventi in regime rimborsuale e di assistenza diretta. Il Service è Previmedical Spa.

Centro Medico: struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria.

Certificato di richiesta contributo: il documento con il quale il Fondo si impegna a tenere indenne l'Assistito entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un evento previsto dal proprio piano sanitario. il documento rilasciato dal Fondo riporta gli elementi principali della copertura (decorrenza e scadenza, il contributo, gli estremi dell'Associato aderente, i soggetti coperti, ecc).

Chirurgia Bariatrica: detta anche "chirurgia dell'obesità". Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

Contraente: Sanitass, Fondo Sanitario Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale, soggetto avente finalità assistenziale ed abilitato a norma di legge a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

Contributo assistenziale: la somma dovuta dall'Assistito al Fondo.

Evento: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la copertura.

Franchigia/Scoperto: parte dell'evento indennizzabile, espressa rispettivamente in cifra fissa (franchigia) ed in percentuale (scoperto) sull'ammontare dell'evento, che rimane a carico dell'Assistito.

Grande Intervento: gli interventi chirurgici elencati nell'**Allegato I**.

Gravi patologie: le malattie indicate nell'**Allegato II**.

Indennizzo: la somma dovuta in caso di sinistro.

Infortunio: ogni evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

Intervento Chirurgico: provvedimento terapeutico che viene attuato con manovre manuali o strumentali, cruento, eseguito anche senza ricovero presso le strutture sanitarie.

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria.

Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

Istituto di Cura: ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malformazione/Difetto Fisico: alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente, o sia clinicamente diagnosticabile prima dell'adesione al Piano Sanitario.

Massimale/Somma Coperte: la disponibilità unica, ovvero la spesa massima rimborsabile fino alla concorrenza della quale, per ciascun periodo di copertura, il Fondo presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.

Medicina Alternativa o Complementare: le pratiche mediche “non convenzionali” definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura; fitoterapia; medicina ayurvedica; medicina antroposofica; medicina omeopatica; medicina tradizionale cinese; omotossicologia; osteopatia; chiropratica.

Modalità d’Indennizzo: forma diretta: pagamento dell’indennizzo dovuto direttamente alle strutture convenzionate e/o dentisti convenzionati; forma indiretta: rimborso delle spese sostenute dall’Assistito per prestazioni eseguite non in regime di convenzionamento.

Network Sanitario: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di Cura, Centri Diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri Fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l’erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta. L’elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.sanitass.it.

Nucleo Familiare: Il titolare del Piano Sanitario, il coniuge o il convivente more uxorio, i figli legittimi anche non fiscalmente a carico risultanti dallo stato di famiglia. Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi, i figli affidati o affiliati.

Opzione: i documenti che definiscono le modalità e i contenuti previsti dal Piano Sanitario prescelto a cui i Soci-Beneficiari hanno aderito.

Patologia in Atto/Patologia Preesistente: malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessario cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell’effetto dell’adesione al Piano Sanitario.

Previmedical: società di servizi che gestisce il servizio di assistenza agli Assistiti, nelle forme di assistenza diretta, indiretta: la descrizione dei servizi offerti da Previmedical sono riportati nella guida operativa allegata.

Ricovero/Degenza: permanenza in istituto di cura con pernottamento.

Ricovero Improprio: la degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Rimborso/Indennizzo: la somma dovuta dal Fondo in caso di evento.

Rischio: la probabilità che si verifichi l’evento.

Sport Professionistico: attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

Sinistro/Evento: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l’opzione.

Strutture Sanitarie:

1) Strutture Sanitarie Private/Medici:

a) *convenzionate con Previmedical:* Strutture e Medici presso le quali l'Assistito può usufruire dell'assistenza diretta (indennizzo pagato direttamente dal Fondo tramite Previmedical alla Struttura Convenzionata e/o Dentista Convenzionato) per prestazioni mediche e odontoiatriche, garantite dal Fondo di assistenza mediante il presente Piano Sanitario.

2) Strutture Sanitarie Pubbliche:

a) *prestazioni erogate a totale carico del S.S.N.:* strutture presso le quali l'Assistito beneficia delle prestazioni sanitarie pubbliche;

b) *prestazioni erogate in regime di intramoenia presso strutture sanitarie non convenzionate con Previmedical.*

3) Strutture Sanitarie Private accreditate con il S.S.N.

Strutture Sanitarie Private convenzionate con il S.S.N. nel momento in cui erogano le prestazioni sanitarie non in forma pubblica, bensì in regime privatistico.

4) Strutture Sanitarie Private/Medici NON convenzionate con Previmedical.

Sub-Massimale: la spesa massima rimborsabile per specifiche prestazioni previste nel Piano Sanitario, fino alla concorrenza della quale, per ciascun periodo di copertura e nell'ambito dei massimali previsti, il Fondo presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.

Termini di Aspettativa/Carenza: il periodo di tempo che intercorre fra la data di effetto del Piano Sanitario e l'inizio della garanzia.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate esclusivamente presso Centri Medici, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di copertura. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

❖ ESTRATTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE COPERTE DAL FONDO

La presente copertura ha durata annuale, rinnovabile di anno in anno. Il Fondo provvede **secondo le modalità stabilite dall'opzione prescelta** al pagamento di un indennizzo forfettario riconosciuto in caso di ricovero con o senza intervento chirurgico presso un istituto di cura pubblico o privato durante l'operatività del presente Piano Sanitario e reso necessario a seguito di Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Patologie; provvede inoltre al rimborso delle spese sostenute oppure in alternativa al pagamento di un importo indennitario forfettario nei casi di non autosufficienza in conseguenza di infortunio o malattia/intervento chirurgico e anche al rimborso delle spese sanitarie odontoiatriche per le prestazioni di seguito indicate alla lettera C) "Cure dentarie". E' possibile aderire al Piano Sanitario anche in corso d'anno, in questo caso la copertura avrà scadenza uguale a quella della convenzione (h. 00.00 dell'01/01) e decorrenza definita dall'Associato.

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

A) Indennizzo predefinito in caso di Ricovero per Grandi Interventi Chirurgici e/o Ricovero per Gravi Patologie (garanzia valida se prevista dall'opzione prescelta)

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico per Grandi Interventi Chirurgici e/o per Gravi Patologie (vedi Allegati nn.1-2) la Società corrisponde un indennizzo predefinito per ciascun evento, sulla base degli importi stabiliti dalla opzione prescelta e in base alla garanzia sottoscritta (vedi Allegato n.3 "Scheda riassuntiva").

Nel caso di ricovero per una Grave Patologia che determini la necessità di esecuzione di un Grande Intervento Chirurgico, è riconosciuto sia l'indennizzo per Grave Patologia che per Grande Intervento Chirurgico.

Nell'ipotesi di ricovero per Grandi Interventi Chirurgici concomitanti nell'ambito dello stesso ricovero, l'indennità di cui alla presente garanzia è riconosciuta una sola volta.

Nell'ipotesi di più ricoveri per Grande Intervento Chirurgico imputabili alla medesima patologia, l'indennizzo viene riconosciuto una sola volta per anno assicurativo.

Diversamente, nell'ipotesi di più ricoveri per Grande Intervento imputabili a patologie diverse, l'indennizzo viene riconosciuto per ogni evento che ha reso necessario il ricovero.

Nell'ipotesi di ricovero per Gravi Patologie concomitanti nell'ambito dello stesso ricovero, con o senza intervento, l'indennità di cui alla presente garanzia è riconosciuta una sola volta.

Nell'ipotesi di più ricoveri imputabili alla medesima Grave Patologia, l'indennizzo viene riconosciuto una sola volta per anno assicurativo.

Diversamente, nell'ipotesi di più ricoveri imputabili a Gravi Patologie diverse, l'indennizzo viene riconosciuto per ogni evento che ha reso necessario il ricovero.

Relativamente alla presente garanzia, si precisa inoltre che le spese relative a ricoveri c.d. impropri, non potranno essere riconosciute nella garanzia ricovero e pertanto non sono indennizzabili a termini di polizza come previsto dal punto “Esclusioni”.

PRESTAZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA – LONG TERM CARE (LTC)

B) Long Term Care (LTC) – Perdita di autosufficienza (garanzia valida se prevista dall'opzione prescelta)

La garanzia opera per i **casi di non autosufficienza** al compimento delle attività primarie (come descritta nel capoverso successivo) **derivanti da infortunio o malattia/intervento chirurgico** (tutti detti “causa”), che determinino, in base alle regole di calcolo previste dalla presente garanzia, un **punteggio pari o superiore a 40 punti** (prestazione completa) **o pari ad almeno 35 punti** (prestazione parziale), tendenzialmente permanente e comunque perdurante per almeno **90 giorni** (“evento”).

Il diritto alla garanzia matura al perfezionamento dell’evento, cioè decorsi 90 giorni dall’insorgere di uno stato di non autosufficienza ammissibile a prestazione in base alle regole di cui sopra, causato da infortunio o malattia/intervento chirurgico.

La copertura opererà con riferimento ai casi di non autosufficienza sopra individuati che sopravvengano nel periodo di vigenza del presente Piano Sanitario. Le prestazioni saranno erogabili a partire dalla data di perfezionamento dell’evento previa verifica da parte del Fondo, della documentazione necessaria ad attestare lo stato di non autosufficienza e dovranno essere attivate dall’Assistito per il quale sia stata riconosciuta la garanzia con le modalità descritte nel successivo capoverso. Detta verifica dovrà essere svolta nel più breve tempo possibile e dovrà esaurirsi nell’arco di 15 giorni dalla data di ricezione da parte del Fondo della predetta documentazione completa. Conclusa la verifica il Fondo provvederà a comunicarne all’Assistito l’esito, che potrà consistere nella segnalazione di riconoscimento della garanzia e del punteggio approvato per lo stato di non autosufficienza (40 punti o 35 punti), di diniego della garanzia o di sospensione della valutazione qualora risulti necessario integrare la documentazione trasmessa. Detta comunicazione dovrà avvenire nel termine sopra indicato a mezzo sms o e-mail; diversamente entro il termine indicato il Fondo dovrà provvedere a spedire la lettera contenente l’esito della verifica effettuata.

A questo fine, successivamente al riconoscimento dell’erogabilità della garanzia, entro il 15 di ottobre di ciascun anno di copertura il Fondo potrà richiedere all’Assistito la trasmissione entro il 15 novembre della documentazione necessaria a verificare il permanere dello stato di non autosufficienza in copertura.

In alternativa il Fondo potrà inviare, previo preavviso, un proprio medico fiduciario per l’effettuazione in loco della predetta verifica. In sede di verifica annuale il Fondo provvederà in base alla documentazione acquisita o alla visita effettuata a confermare il punteggio assegnato nell’anno precedente allo stato di non autosufficienza dell’Assistito, oppure a rivalutarlo in caso di eventuali modifiche sopravvenute. Termini e modalità di effettuazione della verifica annuale del permanere

dello stato di non autosufficienza e di comunicazione degli esiti all'Assistito sono analoghi a quelli individuati per la verifica di riconoscimento dell'erogabilità della garanzia.

Le prestazioni saranno attivabili dall'Assistito dal momento in cui riceverà dal Fondo la comunicazione di riconoscimento dell'erogabilità della garanzia.

In particolare, con riferimento alle prestazioni in regime di assistenza diretta l'autorizzazione dovrà essere richiesta con preavviso di almeno 48 ore rispetto alla data di fruizione di ciascuna prestazione/ciclo complessivo di cura; con riferimento all'indennità forfettaria, ove prevista, l'importo dovuto invece sarà direttamente erogato a mezzo bonifico bancario entro il sessantesimo giorno successivo alla comunicazione di attivazione della garanzia da parte del Fondo.

L'erogazione delle prestazioni avverrà fintanto che l'Assistito permarrà nello stato di non autosufficienza rilevante in base alle regole di calcolo previste dalla presente e comunque non oltre lo scadere della copertura.

Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'Assistito rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione.

La valutazione verrà fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica redatta dallo stesso medico curante sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello fornito dal Fondo, e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

- **Farsi il bagno:**

1° grado: l'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno: punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno: punteggio 10

- **Vestirsi e svestirsi:**

1° grado: l'Assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo: punteggio 10

- **Igiene del corpo:**

1° grado: l'Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare al bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:

punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 10

- **Mobilità:**

1° grado: l'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi: punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto: punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: punteggio 10

- **Continenza:**

1° grado: l'Assistito è completamente continente: punteggio 0

2° grado: l'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: punteggio 5

3° grado: l'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: punteggio 10

- **Bere e mangiare:**

1° grado: l'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:

- sminuzzare/tagliare il cibo

- sbucciare la frutta

- aprire un contenitore/una scatola

- versare bevande nel bicchiere

punteggio 5

3° grado: l'Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale: punteggio 10

Il Fondo, dopo la ricezione della documentazione relativa allo stato di non autosufficienza dell'Assistito, si riserva di comunicare entro 60 giorni se il sinistro rientra in garanzia o meno.

In ogni caso il Fondo si riserva di sottoporre l'Assistito a visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione dell'Assistito stesso.

Il Fondo si riserva di chiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assistito.

Qualora, in base alle regole di calcolo previste dalla garanzia, sia determinato un **punteggio pari o superiore a 35 punti** la copertura può essere realizzata:

- 1) attraverso prestazioni sociosanitarie e/o socioassistenziali direttamente erogate in regime di assistenza diretta all'interno del Network Previmedical fino al limite previsto dalla garanzia prescelta (vedi Allegato n.3 "Scheda riassuntiva") o in alternativa erogate da strutture o personale non convenzionato, in possesso di titoli e specializzazioni idonei e coerenti con il piano di cura da attuare con diritto al rimborso di un importo per ciascuna prestazione in misura pari a quella prevista per le corrispondenti prestazioni dal Tariffario Previmedical (ed. 2010);
- 2) in luogo delle prestazioni sociosanitarie e/o socioassistenziali di cui al precedente punto 1), l'Assistito potrà optare per l'erogazione di un importo indennitario forfettario previsto dalla garanzia prescelta (vedi Allegato n.3 "Scheda riassuntiva").

In caso di riconoscimento di un livello di non autosufficienza valutato pari a 35 punti, qualora abbia luogo entro i 30 giorni successivi alla data del riconoscimento della situazione di non autosufficienza con punteggio 35 un **eventuale aggravamento**, che comporti la rivalutazione del medesimo tramite l'assegnazione di un punteggio pari ad almeno 40 punti, l'Assistito avrà diritto alla quota di prestazione ulteriore prevista per il livello superiore nella misura prevista dalla garanzia prescelta se aveva optato per l'erogazione degli importi indennitari forfettari di cui ai precedenti punti 2), differenziati a seconda del punteggio attribuito al livello di non autosufficienza (40 o 35 punti).

Decorsi i 30 giorni successivi alla data di riconoscimento della situazione di non autosufficienza non sarà possibile nel medesimo anno effettuare per lo stesso evento ulteriori rivalutazioni, salvo l'insorgere di una situazione aggravata riferibile alla medesima causa che perduri per almeno ulteriori 90 giorni nel medesimo anno con assegnazione di un punteggio almeno pari a 40 punti.

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

C) Cure Dentarie (garanzia valida se prevista dall'opzione prescelta)

Il Fondo provvede al pagamento di una visita di prevenzione orale e una ablazione del tartaro convenzionate per anno di copertura. Per essere ammessa a rimborso, inoltre, l'ablazione del tartaro deve comunque essere effettuata congiuntamente alla visita specialistica di controllo.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste dalla presente garanzia verrà effettuato nel modo seguente:

- in Network mediante pagamento diretto: nessuno scoperto/franchigia;
- fuori Network: entro il limite massimo di:
 - € 25,50 in caso di visita di controllo orale
 - € 30,73 in caso di ablazione del tartaro

❖ NORME GENERALI CHE REGOLANO IL PIANO SANITARIO

PERSONE COPERTE DAL PIANO SANITARIO

Il Piano Sanitario è prestato a favore dei Correntisti e dei Soci delle **Banche aderenti ad Assicura Group** che hanno aderito volontariamente al Piano Sanitario, nonché i componenti dei rispettivi nuclei familiari.

Per **nucleo familiare** deve intendersi quello indicato nell'ambito delle "Definizioni".

Fatti salvi i termini di aspettativa, le garanzie sono operanti:

- a) dalle ore 00 del primo giorno del secondo mese successivo al mese di adesione al Piano Sanitario;
- b) dalla nascita, per i figli legittimi. Per questi, a parziale deroga di quanto previsto nel paragrafo "Termini di aspettativa", si conviene che i figli legittimi nati nel periodo intercorrente tra la data di adesione e l'inizio dell'efficacia delle prestazioni sono soggetti, per le malattie, all'eventuale residuo periodo di aspettativa della mamma.

CONTRIBUTO

Il contributo a persona dovrà essere versato al Fondo, tramite addebito automatico sul conto corrente del Socio o del Correntista.

Il contributo è annuo ed indivisibile.

INCLUSIONE DI NUOVI ASSISTITI IN CORSO D'ANNO

Il contributo viene calcolato dalla data in cui decorre il Piano Sanitario come segue:

- per le inclusioni avvenute nel corso del primo trimestre è dovuto il 100% del contributo annuo;
- per le inclusioni avvenute nel corso del secondo trimestre è dovuto il 75% del contributo annuo;
- per le inclusioni avvenute nel corso del terzo trimestre è dovuto il 60% del contributo annuo;
- per le inclusioni avvenute nel corso del quarto trimestre è dovuto il 35% del contributo annuo;

Il Fondo, ha il diritto di effettuare verifiche e controlli e richiedere agli Assistiti di fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

CESSAZIONE DELLA QUALIFICA DI "ASSISTITO" NEL CORSO DEL PERIODO DI COPERTURA

Il Piano Sanitario mantiene la sua validità fino al termine dell'annualità o periodo di copertura in corso, anche nel caso in cui:

- il Titolare del Piano Sanitario perda la qualifica di Socio o Correntista nel corso del periodo di copertura;
- per le persone che raggiungano il settantacinquesimo anno d'età in corso del Piano Sanitario secondo quanto previsto dal paragrafo "Limiti di Età - Persone non coperte dal Fondo";
- per perdita dei requisiti nel caso di familiari del nucleo familiare;
- la sopravvenienza in corso di contratto delle seguenti affezioni: alcoolismo, tossicodipendenza, o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS).

EFFETTO E DURATA DELLA COPERTURA

La copertura decorre dalle h. 00.00 del primo giorno del secondo mese successivo all'adesione al Fondo. Il versamento del contributo dovrà essere effettuato tramite R.I.D. entro la fine del mese successivo all'adesione al Fondo. La decorrenza è indicata nel certificato di conferma di adesione al Fondo e richiesta contributo emesso al momento dell'adesione.

La copertura ha durata annuale, in ogni caso è possibile aderire ad un Piano Sanitario anche in corso d'anno, in questo caso la copertura avrà scadenza uguale a quella del Piano Sanitario e decorrenza definita dall'Assistito.

TERMINI DI ASPETTATIVA

Il Piano Sanitario decorre:

- per gli infortuni dal momento in cui ha effetto la copertura;
- per le malattie dal **150° giorno successivo** al momento in cui ha effetto la copertura;
- per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio dal **300° giorno successivo** dal momento in cui ha effetto la copertura;

TACITO RINNOVO

In mancanza di disdetta da parte dell'Assistito, mediante preavviso di 60 giorni con lettera raccomandata al Fondo o in alternativa comunicata alla Filiale, la copertura si intende prorogata per un anno e così di seguito. Se l'Assistito non paga i contributi, il piano sanitario resta sospeso dalle h. 00.00 del 16° giorno dopo quello di scadenza e riprende vigore dalle h. 00.00 del giorno successivo al pagamento. In caso di pagamento del contributo successivo al 16° giorno, verranno applicati nuovamente i termini di aspettativa indicati nella specifica sezione. Se il 28 febbraio di ogni anno i contributi non sono stati ancora versati, l'iscrizione al Piano Sanitario verrà annullata.

Nel caso di disdetta della copertura, l'adesione al Piano Sanitario si intende automaticamente disdettata alla prima scadenza utile.

LIMITI DI ETÀ - PERSONE NON COPERTE DAL FONDO

Non sono coperte dal Fondo le persone di età superiore a 75 anni. Per gli Assistiti che raggiungano il limite di età, la copertura cessa alla prima scadenza annuale del contratto.

Non sono coperte le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità della copertura, quest'ultima cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile.

Viene prevista la possibilità di accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dalle esclusioni.

ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura è valida per gli Assistiti residenti in Italia.

La copertura vale per il Mondo Intero con l'intesa che gli indennizzi vengano effettuati in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

ALTRE COPERTURE/ASSICURAZIONI

L'Assistito deve comunicare per iscritto al Fondo l'esistenza e la successiva stipulazione di altre coperture/assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, l'Assistito deve darne avviso al Fondo indicando il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'Assistito con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. Fatto salvo il diritto di regresso da parte del Fondo.

CONTROVERSIE

Ai sensi del D.lgs. 28/2010 e successive disposizioni, qualsiasi controversia relativa al presente contratto o comunque ad esso connessa - comprese le controversie relative alla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione - deve essere preliminarmente sottoposta a procedimento di mediazione innanzi ad Organismi di Mediazione iscritti in apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia.

Qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, in seguito alla definitiva conclusione del procedimento, le Parti saranno libere di adire l'Autorità Giudiziaria competente per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente contratto, la quale viene individuata in quella del luogo di residenza o domicilio dell'Assistito.

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DEL PIANO SANITARIO – PRESTAZIONI MEDICHE

Esclusioni

Sono esclusi dalla copertura:

1. le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla stipulazione della polizza;
2. gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
3. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain bike e "downhill";
4. gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
5. le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assistito abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
6. cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza;
7. trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);
8. ricoveri in lungodegenza;

9. gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;
10. le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche;
11. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
12. ricoveri impropri;
13. l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla decorrenza della garanzia. L'esclusione non vale per i nati in corso di garanzia entro il primo anno di età secondo quanto paragrafo "Neonati";
14. infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
15. le malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e sindromi organiche cerebrali;
16. gli infortuni derivanti da sports aerei o da partecipazione a corse/gare motoristiche e alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);
17. gli infortuni e le intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad abuso alcolici e di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni o simili;
18. gli infortuni derivanti / correlati, direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
19. le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio), dietologiche e fitoterapiche;
20. gli stati patologici correlati all'infezione da HIV;
21. le malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni;
22. le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assistito;
23. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare), isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc., salvo le lesioni subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
24. le conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
25. le conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili);
26. le conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
27. le conseguenze dirette o indirette di infortuni e malattie riconducibili a soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS).

❖ LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta e rimborsuale è indicata nella sezione "GUIDA AI SERVIZI PREVIMEDICAL".

ONERI IN CASO DI SINISTRO

Il sinistro deve essere denunciato dall'Assistito o dai suoi aventi diritto al Fondo non appena ne abbiano la possibilità.

Qualora l'Assistito riceva rimborso da parte di Fondi o Enti è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.

Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assistito.

L'Assistito, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici del Fondo ed qualsiasi indagine od accertamento che questo ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assistito stesso.

PAGAMENTO DIRETTO

Il pagamento diretto avviene in caso di spese odontoiatriche (se previste le cure dentarie) e delle prestazioni sociosanitarie e/o socioassistenziali di cui alla lettera B) per prestazioni ricevute in strutture convenzionate e/o da dentisti convenzionati per se stesso e/o per il proprio nucleo familiare, a condizione che l'Assistito abbia richiesto autorizzazione al Fondo, tramite la Centrale Operativa, con un preavviso di almeno 48 ore lavorative.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 3 giorni (di calendario) per le prestazioni dentarie, rispetto alla data dell'evento. A tal fine, pertanto, l'Assistito dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 48 ore (lavorative) di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 3 giorni per le prestazioni dentarie che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 48 ore lavorative prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

L'elenco delle strutture convenzionate, la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi prestati e la relativa modulistica sono disponibili sul sito www.sanitass.it.

PAGAMENTO INDIRECTO – RIMBORSO ALL’ASSISTITO

Il Fondo indennizza a cura ultimata, con la presentazione in fotocopia della cartella clinica completa e della scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero, e delle fatture o notule debitamente quietanzate, in caso di spese odontoiatriche e di prestazioni sanitarie e/o socioassistenziali di cui alla lettera B).

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, il Fondo avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione. La documentazione deve essere intestata all’Assistito e il rimborso o il pagamento dell’indennizzo forfettario avviene in favore dell’Assistito.

RESTITUZIONE DELLE SOMME INDEBITAMENTE PAGATE

In caso di ricovero in istituto di cura in regime di Pagamento Diretto qualora, sia nel corso della ospedalizzazione o successivamente alla stessa, si dovesse accertare la non validità del Piano Sanitario o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l’inoperatività della garanzia o l’inefficacia del Piano Sanitario, il Fondo ne darà comunicazione scritta all’Assistito, il quale dovrà restituire al Fondo stesso tutte le somme da questa indebitamente versate all’istituto di cura se già saldate dal Fondo alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

Allegato I - ELENCO GRANDI INTERVENTI

CARDIOCHIRURGIA

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione
- Sostituzione valvolare singola o multipla
- Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore)
- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi
- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari o settali, bypass Ao-Co

Chirurgia Vascolare

- Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bi femorale
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi : carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache.
- Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca

Neurochirurgia

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomidollari.
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi
- Rizotomia chirurgica intracranica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari

Chirurgia Toracica

- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia
- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare
- Interventi sul mediastino per tumori
- Asportazione totale del timo

Chirurgia Generale

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo
- Esofagectomia totale
- Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica

- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Pancreaticoduodenectomia radicale
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Colectomia totale con linfadenectomia
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale

Chirurgia Pediatrica

- Asportazione tumore di Wilms
- Atresia dell'esofago
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale, retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale
- Fistola congenita dell'esofago
- Interventi per fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale
- Megacolon: resezione anteriore; operazione addomino-perineale secondo Duhamel o Swenson
- Interventi per megauretere
- Polmone cistico o policistico (lobectomia o pneumonectomia)
- Spina bifida: mielomeningocele

Chirurgia Ginecologica

- Eviscerazione pelvica
- Vulvectomy allargata con linfadenectomia
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia per tumori maligni

Chirurgia Ortopedica

- Artroprotesi totale di anca
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artrodesi vertebrali per via anteriore
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni
- Laringectomia totale, laringofaringectomia
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio

Chirurgia Urologica

- Nefrectomia allargata per tumore
- Nefro-ureterectomia totale
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale
- Surrenalectomia

Trapianti d'organo

- Tutti

Allegato II - GRAVI PATOLOGIE

INFARTO DEL MIOCARDIO

Morte di una porzione di muscolo cardiaco; in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata.

La diagnosi deve essere basata e dimostrata dai seguenti parametri:

- a) ripetuti dolori al torace;
- b) cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto;
- c) aumento degli enzimi cardiaci.

CORONAROPATIA

Malattia determinata dal restringimento o dal blocco di due o più arterie coronariche quando sia risolvibile con tecniche non chirurgiche (propriamente dette) quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da angiografia.

ICTUS CEREBRALE

Accidente cerebro-vascolare avente ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e che implica morte di tessuto cerebrale, emorragia ed embolia da fonte estranea al cranio. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da: evidenziata da deficienza neurologica permanente, T.A.C., o R.M.N. (risonanza magnetica nucleare) ed E.E.G. (elettroencefalogramma).

CANCRO

Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Ciò include la leucemia (ad eccezione della leucemia linfatica cronica) ma esclude il cancro localizzato e non invasivo (cancro in situ), i tumori dovuti alla presenza del virus di immunodeficienza (A.I.D.S.), ed il cancro della pelle che non sia il melanoma maligno. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera.

❖ Allegato III - SCHEDE RIASSUNTIVE DELLE PRESTAZIONI COPERTE

GARANZIA GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (GIC)

GARANZIA	INDENNIZZO FORFETTARIO
OPZIONE A	€ 50.000 per evento
OPZIONE B	€ 75.000 per evento
OPZIONE C	C € 100.000 per evento

GARANZIA GRAVI PATOLOGIE (GP)

GARANZIA	INDENNIZZO FORFETTARIO
OPZIONE A	€ 10.000 per evento
OPZIONE B	€ 20.000 per evento
OPZIONE C	C € 30.000 per evento

GARANZIE LTC1 E LTC2

PRESTAZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA – LONG TERM CARE

GARANZIA	PUNTI	RIMBORSO/INDENNIZZO ANNO/PERSONA (*)
LTC1	40	€ 15.000
	35	€ 7.500
LTC2	40	€ 20.000
	35	€ 10.000

(*): il rimborso è alternativo all'indennizzo

GARANZIA CURE DENTARIE

max. 1 visita odontoiatrica e 1 ablazione tartaro Anno/Nucleo

GARANZIA	CONDIZIONI
In Network/Diretta	Nessuno scoperto/franchigia
Fuori Network/Rimborso	Rimborso Max € 25,50 per visita Rimborso € 30,73 per ablazione tartaro

❖ Allegato IV – TARIFFARIO PREVIMEDICAL (ED. 2010) PER PRESTAZIONI LTC

TARIFFARIO (PREVIMEDICAL ed.2010) APPLICATO ALLE PRESTAZIONI PER LTC ESEGUITE FUORI DAL NETWORK DI STRUTTURE CONVENZIONATE CON PREVIMEDICAL

Descrizione prestazione	Importo convenzionato
ASSISTENZA DOMICILIARE (ASA, OSS)	
Tariffa oraria diurna	€ 8,75
Tariffa oraria notturna/festiva	€ 10,75
ASSISTENZA OSPEDALIERA (RSA)	
Tariffa oraria diurna (ASA, OSS)	€ 8,75
Tariffa oraria notturna/festiva (ASA, OSS)	€ 10,75
Tariffa notturna infermieristica (a notte per controllo e sorveglianza del riposo notturno nel caso di gravi patologie)	€ 120,00
ASSISTENZA OSPEDALIERA (Casa di Cura)	
Tariffa oraria diurna (ASA, OSS)	€ 8,75
Tariffa oraria notturna/festiva (ASA, OSS)	€ 10,75
Tariffa notturna infermieristica (a notte per controllo e sorveglianza del riposo notturno nel caso di gravi patologie)	€ 120,00
ASSISTENZA OSPEDALIERA (CDI - Centri Diurni Integrati)	
Tariffa oraria diurna (ASA, OSS)	€ 8,75
Tariffa oraria festiva (ASA, OSS)	€ 10,75
ASSISTENZA OSPEDALIERA (CDD - Centri Diurni per persone con Disabilità)	
Tariffa oraria diurna (ASA, OSS)	€ 8,75
Tariffa oraria festiva (ASA, OSS)	€ 10,75
ASSISTENZA OSPEDALIERA (Aziende ospedaliere)	
Tariffa oraria diurna (ASA, OSS)	€ 8,75
Tariffa oraria notturna/festiva (ASA, OSS)	€ 10,75
Tariffa notturna infermieristica (a notte per controllo e sorveglianza del riposo notturno nel caso di gravi patologie)	€ 120,00
ASSISTENZA INFERMIERISTICA E PARASANITARIA A DOMICILIO (1)	
Prestazioni comuni a tutte le attività assistenziali	
Tariffa diurna 30 minuti	
Tariffa notturna/festiva 30 minuti	

Descrizione prestazione	Importo convenzionato
Tariffa oraria diurna	
Tariffa oraria notturna/festiva	
Valutazione dei livelli di dipendenza del paziente a seconda di ogni necessità e bilancio delle risorse disponibili	€ 30,60
Elaborazione e gestione del Piano di assistenza infermieristico	€ 15,30
Misurazione di uno o più dei seguenti parametri vitali e valori (temperatura, polso arterioso, pressione arteriosa, atti respiratori, diuresi, peso corporeo, misure antropometriche) (fino a due misurazioni contemporanee)	€ 7,65
Misurazione di uno o più dei seguenti parametri vitali e valori (temperatura, polso arterioso, pressione arteriosa, atti respiratori, diuresi, peso corporeo, misure antropometriche) (per misurazioni superiori alle due contemporanee)	€ 15,30
Misurazione e registrazione dei riflessi pupillari o di altri riflessi	€ 11,90
Valutazione e registrazione dello stato di coscienza	€ 7,65
Misurazione della pressione venosa centrale, sorveglianza di cateteri venosi centrali e di altri accessi vascolari impiantati da un medico	€ 38,25
Registrazione di ECG	€ 11,90
Collaborazione alla effettuazione di un ECG sotto sforzo o con stimolazione farmacologica	€ 19,55
Registrazione di altro esame	€ 19,55
Preparazione preoperatoria di un paziente	€ 15,30
Preparazione di materiale e strumentario	€ 22,95
Preparazione del paziente per una pratica assistenziale e/o un esame e successiva sorveglianza	€ 22,95
Somministrazione dei medicinali prescritti per via enterale	€ 7,65
Somministrazione dei medicinali prescritti per via I.M.S.C.	€ 7,65
Somministrazione dei medicinali prescritti per via topica	€ 7,65
Somministrazione dei medicinali prescritti o di sostanze non medicinali per via inalatoria	€ 7,65
Somministrazione dei medicinali prescritti per altra via	€ 7,65
Perfusione - incannulare una vena superficiale delle membra o epicranica con ago o catetere venoso periferico	€ 19,55
Perfusione - gestione di una perfusione a termine o a permanenza	€ 7,65
Perfusione - gestione di una perfusione a termine o a permanenza (se in unica soluzione)	€ 38,25

Descrizione prestazione	Importo convenzionato
Perfusione in bolo	€ 15,30
Bendaggio semplice	€ 11,90
Bendaggio complesso	€ 22,95
Collaborazione alla applicazione di un gesso o di un'altra immobilizzazione	€ 11,90
Rimozione di un gesso o di altra immobilizzazione	€ 11,90
Applicazione semplice di caldo o freddo	€ 7,65
Posizionamento e sorveglianza del neonato in fototerapia	€ 22,95
Medicazione semplice	€ 15,30
Medicazione complessa	€ 38,25
Prelievo capillare e venoso del sangue o raccolta di liquidi biologici mediante esami estemporanei (es.: stick glicemici)	€ 15,30
Esecuzione di vaccinazioni prescritte	€ 11,90
Raccolta sterile e non sterile di escreti o secreti (ad eccezione di quelli descritti specificatamente di seguito)	€ 11,90
Instillazioni e irrigazioni di cavità, fistole e stomie	€ 11,90
Esecuzione di prove allergiche	€ 11,90
Collaborazione all'attività clinica	€ 22,95
Collaborazione al medico in qualità di strumentista o per altre attività tecnico - strumentali (se trattasi di piccoli interventi)	€ 38,25
Collaborazione al medico in qualità di strumentista o per altre attività tecnico - strumentali (se trattasi di prestazione complessa)	€ 188,70
Collaborazione al medico in attività specialistica (se trattasi di piccoli interventi)	€ 38,25
Collaborazione al medico in attività specialistica (se trattasi di prestazione complessa)	€ 151,30
Rivalutazione domiciliare di un paziente	€ 11,90
Toilette e vestizione della salma	€ 85,00
Prestazioni relative alla funzione respiratoria	
Stimolazione della respirazione generica, cioè non nell'ambito di un programma di riabilitazione respiratoria	€ 7,65
Controllo dell'espettorato	€ 7,65
Mantenimento della pervietà delle vie aeree superiori, aspirazione delle secrezioni di un paziente anche se intubato o tracheotomizzato	€ 38,25
Cura del tracheostoma e controllo della cannula di un tracheotomizzato	€ 17,00
Ventilazione manuale strumentale o mediante maschera e controllo dell'adattamento di un paziente ad un ventilatore	€ 38,25
Predisposizione di un ventilatore e del materiale per l'intubazione oro/naso tracheale	€ 15,30

Descrizione prestazione	Importo convenzionato
Pulizia e ripristino di un ventilatore e del relativo materiale d'uso	€ 15,30
Cura di un drenaggio toracico	€ 22,95
Cura del naso e della bocca	€ 19,55
Prestazioni relative alla funzione dell'alimentazione	
Addestramento all'uso di presidi che possono facilitare l'alimentazione	€ 15,30
Controllo e registrazione della dieta del paziente, del suo bilancio alimentare, del suo peso e del suo stato di idratazione	€ 15,30
Educazione alla cura del seno prima e dopo l'allattamento	€ 15,30
Preparazione e somministrazione di alimenti speciali da far assumere a mezzo sonda gastrica o pompa enterale (anche nel bambino)	€ 38,25
Posizionamento sondino gastrico o duodenale a scopo nutrizionale, diagnostico o evacuativo	€ 45,90
Valutazione e registrazione del liquido aspirato da una sonda gastrica	€ 11,90
Sorveglianza e collaborazione all'igiene dentale	€ 7,65
Preparazione e somministrazione di alimenti con biberon	€ 11,90
Assistenza alla persona con vomito	€ 11,90
Aiuto e sorveglianza nell'assunzione di cibo o bevande in persone con disfagia	€ 11,90
Prestazioni relative alla funzione di eliminazione	
Eliminazione urinaria	
Controllo ed assistenza delle stomie delle vie urinarie	€ 2,95
Applicare un catetere vescicale a permanenza	€ 38,25
Assistenza ordinaria ad un paziente portatore di catetere vescicale	€ 15,30
Instillazioni o irrigazioni vescicali o intrauretrali	€ 22,95
Assistenza a un paziente sottoposto a dialisi peritoneale (a prestazione)	€ 127,50
Gestione/assistenza ad attività emodialitiche (a prestazione)	€ 127,50
Gestione dei presidi utilizzati per facilitare la funzione di eliminazione (es. controllo, sostituzione e rimozione delle sacche di raccolta della diuresi)	€ 15,30
Igiene della zona genitale nella donna e nell'uomo	€ 19,55
Controllo e cure ordinarie della pelle e/o delle mucose attorno a drenaggi, cateteri e sonde	€ 15,30
Rieducazione vescicale	€ 30,60
Raccolta di un campione di urine	€ 7,65
Raccolta sterile di un campione di urine nell'uomo e nella donna mediante cateterismo estemporaneo	€ 38,25
Eliminazione intestinale	
Insegnamento al paziente e/o alla famiglia di:	

Descrizione prestazione	Importo convenzionato
- Norme di idratazione/alimentazione funzionali ad una buona eliminazione	€ 38,25
- Valutazione della qualità e dell'aspetto delle feci	€ 38,25
- Protezione efficace della cute perineale in caso di diarrea o Incontinenza	€ 38,25
- Norme di igiene specifiche della regione perineale nella femmina e nel maschio (adulti e bambini)	€ 38,25
Educazione del paziente e/o della sua famiglia in caso di stomia intestinale	€ 38,25
Insegnamento al paziente e/o alla sua famiglia all'utilizzo di mezzi e delle misure che permettono di evitare la propagazione di un contagio in caso di malattia trasmissibile per via oro-fecale	€ 38,25
Controllo ed assistenza corrente a stomie delle vie intestinali	€ 22,95
Clistere	€ 30,60
Rettoclisi	€ 45,90
Traspirazione	
Cure igieniche appropriate ad un'eccessiva traspirazione	€ 5,30
Prestazioni relative alla necessità di muoversi e mantenere una posizione corretta	
Trasporto assistito di un paziente all'interno di una struttura sanitaria	€ 19,55
Prevenzione non medicinale delle trombosi	€ 38,25
Pianificazione ed esecuzione di esercizi fisici semplici	€ 11,90
Prestazioni relative alla necessità di dormire e riposarsi	
Valutazione della durata e della qualità del riposo e del sonno diurno e notturno	€ 15,30
Organizzazione di un programma di attività che tenga conto dei ritmi sonno/veglia del paziente e delle condizioni dell'ambiente	€ 15,30
Prestazioni relative alla attività di vestirsi e spogliarsi	
Educazione del familiare e/o del paziente a vestirsi e svestirsi, anche con l'uso di ausili in rapporto a particolari condizioni (patologie, invalidanti, protesi)	€ 45,05
Relazione di aiuto terapeutico in rapporto "all'immagine di se" del paziente anche rispetto all'uso di protesi	€ 45,05
Prestazioni relative alla necessità di mantenere la temperatura del corpo nei limiti normali	
Controllo sorveglianza evoluzione dei segni collegati all'aumento o alla diminuzione della temperatura	€ 15,30
Controllo dei neonati posti in incubatrice o termoculla	€ 15,30
Sorveglianza di una ipotermia indotta a scopo terapeutico	€ 11,90
Controllo ed intervento sull'ambiente, su altri presidi e sul paziente per regolarne la temperatura	€ 19,55
Altre tecniche fisiche di correzione dell'ipotermia o dell'ipertermia	€ 19,55
Prestazioni relative alla necessità di essere puliti, curati e di proteggere i tessuti	

Descrizione prestazione	Importo convenzionato
Bagni terapeutici e medicati	€ 29,75
Frizioni, impacchi, massaggi	€ 19,55
Bagno a letto completo	€ 29,75
Bagno in vasca/doccia in tutte le sue fasi	€ 29,75
Toilette di una parte del corpo	€ 15,30
Cure igieniche di apparecchi correttivi e protesi	€ 11,90
Individuazione delle parassitosi esterne e assistenza alle persone colpite	€ 22,95
Controllo delle lesioni cutanee dovute a fattori chimici e fisici: irradiazione, vernici, ecc.	€ 11,90
Prevenzione delle lesioni da pressione	€ 22,95
Trattamento e sorveglianza di ulcere cutanee croniche	€ 38,25
Prestazioni relative alla necessità di evitare i pericoli	
Mappatura dei pericoli presenti in un ambiente e relative proposte di modifiche	€ 22,95
Predisposizione di presidi atti a ridurre i pericoli	€ 5,30
Controllo della sensibilità del malato al caldo, al freddo e al dolore	€ 15,30
Attuazione e controllo dei metodi di immobilizzazione in sicurezza di persone che presentano alterazioni cognitive - comportamentali	€ 15,30
Fisioterapia (a prestazione)	€ 40,00
(1) Nel caso di 2 o più prestazioni, non verrà conteggiato il compenso per singola prestazione, ma la tariffa oraria	

❖ Allegato V - GUIDA AI SERVIZI PREVIMEDICAL

REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E REGIME RIMBORSUALE

La presente guida descrive le procedure operative che gli Assistiti dovranno seguire per accedere alle prestazioni coperte dal Fondo Sanitass.

Le prestazioni sono garantite attraverso **due regimi di erogazione**:

- a) **assistenza sanitaria diretta**: è riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate e/o dentisti convenzionati appartenenti al Network Sanitario reso disponibile da Previmedical S.p.A., Società specializzata incaricata della gestione del Network, con pagamento diretto alle strutture convenzionate e/o dentisti convenzionati dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assistito, il quale pertanto non deve anticipare alcuna somma fatta eccezione per eventuali importi eccedenti i limiti di indennizzo.
- b) **assistenza sanitaria rimborsuale**: è riconosciuto agli Assistiti il pagamento di un indennizzo predefinito per ogni ricovero per Grandi Interventi Chirurgici (GIC) e Gravi Patologie (GP); è riconosciuto altresì il rimborso delle spese sostenute oppure in alternativa il pagamento di un importo indennitario forfettario nei casi di non autosufficienza in conseguenza di infortunio o malattia/intervento chirurgico e il rimborso delle spese odontoiatriche per prestazioni ricevute da strutture sanitarie e/o dentisti liberamente scelti dai medesimi e non rientranti nell'ambito del Network, nei limiti prestabiliti dal proprio Piano Sanitario.

L'Assistito qualora intenda utilizzare anche a rimborso una struttura convenzionata con Previmedical avrà in ogni caso l'obbligo di farsi identificare – mostrando la card RBM Salute-Previmedical – al fine di ottenere l'applicazione del Tariffario CARD convenzionato con la struttura. Sull'importo della fattura della struttura saranno comunque applicati scoperti e franchigie previsti per il regime rimborsuale.

Non sono ammesse prestazioni eseguite presso le case di convalescenza e di soggiorno, colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA), in quanto non considerati "Istituti di Cura", nonché palestre, club ginnicosportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Nel caso in cui l'Assistito decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N e tutte le spese del ricovero fossero a carico del S.S.N., verrà corrisposta un'indennità sostitutiva giornaliera per ogni giorno di ricovero con pernottamento (si intende escluso il pernottamento in pronto soccorso), nei termini previsti dal Piano Sanitario.

Si precisa inoltre che per poter eseguire trattamenti fisioterapici e riabilitativi, intesi come tali le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza, è

Pagina 29 di 40

necessario avvalersi di medici o di professionisti forniti di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia. Dette prestazioni devono essere effettuate esclusivamente presso Centri Medici.

In ogni caso, tutte le informazioni relative al Vostro Piano Sanitario sono disponibili e costantemente aggiornate anche sul sito internet www.sanitass.it.

Inoltre, sempre dal sito, previa autenticazione, si accede all'Area Riservata agli iscritti dove è possibile:

- a) consultare l'elenco delle strutture convenzionate e dei medici convenzionati;
- b) compilare la richiesta di rimborso (nei limiti di quanto stabilito dal successivo § II, lett. A.3).

L'accesso all'Area Riservata è consentita agli Assistiti a cui preventivamente sono state rilasciate login e password.

Segnaliamo altresì che è possibile usufruire anche del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA[®]", che garantisce una tempestiva e puntuale informazione sullo stato di elaborazione della propria pratica attraverso l'invio di SMS sul proprio cellulare.

In particolare, il servizio garantisce una notifica a seguito delle seguenti attività:

- a) avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
- b) eventuale sospensione della pratica di rimborso, qualora la documentazione allegata alla domanda di rimborso risulti incompleta;
- c) avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso;
- d) eventuale reiezione per non indennizzabilità della domanda di rimborso.

Per maggiori dettagli sull'attivazione del servizio si rinvia al successivo § II, lett. C., "SEGUI LA TUA PRATICA[®]".

Infine, è data l'opportunità agli Assistiti, qualora avessero interesse per una struttura sanitaria non attualmente rientrante nell'ambito del Network reso loro disponibile, di segnalare tale ente, affinché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento; a tal fine, sarà sufficiente proporre la candidatura a Previmedical, trasmettendo la richiesta al seguente indirizzo e-mail: ufficio.convenzioni@previmedical.it

I. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l'Assistito **dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa** di Previmedical S.p.A., quale Service Amministrativo del Fondo, per ottenere la relativa autorizzazione.

A seguire, si fornisce il dettaglio dei passaggi procedurali da seguire.

CURE DENTARIE, PRESTAZIONI SOCIOSANITARIE E SOCIOASSISTENZIALI

PRIMA DI RICEVERE LA PRESTAZIONE

L'AUTORIZZAZIONE

Prima di ricevere le prestazioni, l'Assistito **deve contattare preventivamente la Centrale Operativa**, per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta; difatti poiché gli accordi con le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che si acceda agli operatori sanitari esclusivamente per il tramite della Centrale Operativa, in mancanza del quale l'accesso al regime di assistenza diretta non è consentito.

Per richiedere l'autorizzazione, l'Assistito dovrà contattare i seguenti numeri telefonici dedicati:

- **800.99.79.00** da telefono fisso (numero verde);
- **199.28.88.98** da telefono cellulare (numero a tariffa agevolata);
- **0039 0422.17.44.089** per chiamate dall'estero.

L'autorizzazione va richiesta alla Centrale Operativa di Previmedical con un preavviso di 48 ore lavorative.

Resta inteso che la richiesta dovrà pervenire alla Centrale Operativa con un tempo congruo di preavviso, in relazione alla specifica tipologia di prestazione/intervento richiesto.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 3 giorni (di calendario) rispetto alla data dell'evento per prestazioni extraospedaliere e di almeno 7 giorni (di calendario) rispetto alla data dell'evento per prestazioni ospedaliere. A tal fine, pertanto, l'Assistito dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 48 ore (lavorative) di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.

Esempio – **prestazioni extraospedaliere** - Qualora la richiesta di assistenza diretta extraospedaliera pervenga alla Centrale Operativa 5 giorni (di calendario) prima dell'evento, la Centrale Operativa comunica all'Assistito l'esito della valutazione entro 3 giorni (di calendario) prima della data della prestazione extraospedaliera, ossia entro i 2 giorni successivi alla richiesta. Qualora la richiesta pervenga 3 giorni (di calendario) prima dell'evento, la Centrale Operativa garantisce risposta sull'esito della valutazione purché la richiesta pervenga entro 48 ore lavorative prima dell'evento.

In ogni caso, si precisa che nella fase di start up dei Piani Sanitari potrebbe non essere possibile rispettare i predetti livelli di servizio fino a che il processo di acquisizione delle anagrafiche non risulterà completato. A tal fine si invitano tutti gli Assistiti che intendano usufruire di una

prestazione in regime di assistenza DIRETTA a contattare con il massimo preavviso la Centrale Operativa.

La Centrale Operativa di Previmedical è a disposizione degli Assistiti 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.

L'Assistito dovrà fornire alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- data della prestazione;
- lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi e/o quesito diagnostico. **La prescrizione deve essere predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che effettuerà (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche erogatore delle prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.**

La Centrale Operativa, verifica la posizione del richiedente da un punto di vista amministrativo, accertando, attraverso il proprio database gestionale, i seguenti dati:

- l'anagrafica dell'interessato;
- lo "status" dell'Assistito (inclusione in copertura e verifica regolarità contributiva dell'Assistito).

La Centrale Operativa, esperiti i controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione tecnico-medica della richiesta avanzata, effettuando la pre-analisi della documentazione medica comunicata telefonicamente dall'Assistito (valutando, a titolo esemplificativo, l'inclusione della prestazione richiesta nel Piano Sanitario di riferimento dell'Assistito, i massimali residui, ecc.).

Ai fini della predetta analisi, la Centrale Operativa si riserva, ove necessario, di richiedere all'Assistito l'invio, a mezzo fax, della predetta documentazione medica oggetto d'analisi (certificato medico indicante la diagnosi e/o quesito diagnostico).

L'autorizzazione sarà rilasciata dalla Centrale Operativa nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medica della richiesta avanzata. Ad esempio in caso di richiesta di visite specialistiche non saranno riconosciute le prestazioni effettuate da medici generici.

L'Assistito, nell'ipotesi in cui l'analisi tecnico-medica compiuta dalla Centrale Operativa abbia avuto esito positivo, riceverà da quest'ultima l'autorizzazione alla prestazione extraospedaliera a mezzo fax o sms o flusso web. La Centrale Operativa, effettuata con esito positivo l'analisi tecnico-medica, autorizza altresì a mezzo fax, telefono o flusso web la Struttura Convenzionata ad erogare la prestazione all'Assistito in regime di assistenza diretta, con conseguente pagamento da parte di Previmedical, dando evidenza di eventuali spese non previste dal Piano Sanitario, quali ad esempio le prestazioni di medicina alternativa o complementare, definite dalla Federazione Nazionale degli

Ordini dei Medici e degli Odontoiatri come pratiche mediche “non convenzionali” (come chiropratica, osteopatia ecc.), ad eccezione di quelle espressamente previste in copertura.

In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa e la prescrizione medica.

L'Assistito deve comunicare preventivamente alla Centrale Operativa qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata, per il rilascio, esperiti positivamente i controlli amministrativi e tecnico-medici del caso, della relativa autorizzazione.

LA PREATTIVAZIONE

L'Assistito, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la preattivazione con modalità telematiche accedendo alla propria Area Riservata dal sito www.sanitass.it - AREA ISCRITTO, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "Richiesta di Autorizzazione Assistenza Convenzionata On-line".

L'iscritto deve selezionare l'Assistito per il quale intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato.

Effettuata la scelta del soggetto per il quale si intende richiedere la prestazione, l'Assistito avrà accesso ad una maschera ove poter impostare i criteri di ricerca della Struttura Sanitaria presso la quale ricevere la prestazione; a tal fine, l'Assistito deve indicare obbligatoriamente:

- la tipologia di struttura sanitaria cui intende rivolgersi (ambulatorio, clinica, dentista, laboratorio, etc.);
- la provincia ove è ubicata la struttura.

E' possibile perfezionare ulteriormente la ricerca indicando inoltre:

- la ragione sociale della struttura stessa;
- il comune ove è ubicata la struttura;
- il CAP.

La ricerca della struttura sanitaria sarà effettuata dal sistema sulla base dei dati inseriti dall'iscritto.

Terminata la compilazione della maschera di ricerca, l'Assistito potrà visualizzare l'elenco delle Strutture appartenenti alla tipologia richiesta facenti parte del Network, con possibilità di selezione di quella prescelta.

Il sistema consente di avviare on-line la procedura di preattivazione mediante compilazione di appositi campi visualizzabili nella sezione denominata “Richiesta assistenza convenzionata on-line”. A questo punto l'Assistito, premendo il pulsante di conferma, invia alla Centrale Operativa la richiesta di preattivazione.

ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in Network senza rispettare il preavviso di 48 ore lavorative, è attivabile limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna.

Per l'attivazione della procedura d'urgenza, dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere apposito modulo da far compilare alla struttura sanitaria presso cui è eseguita la prestazione.

Il modulo compilato va trasmesso alla Centrale Operativa a mezzo fax (**0422.17.44.589**) allegando:

- prescrizione medica contenente il quesito diagnostico e il tipo di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità ed urgenza tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta, al fine di ottenere un'autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla normale procedura;
- nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento, in quanto deve essere oggettivamente documentabile. In caso di cure Dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie). Si precisa che non sono ammessi infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.

La Centrale Operativa si impegna a gestire le richieste con carattere di urgenza che pervengano entro le 24 ore lavorative di preavviso; la Centrale Operativa si impegna altresì a gestire le richieste urgenti che pervengano con un preavviso inferiore alle 24 ore, senza in tale ipotesi poter garantire il buon esito dell'attivazione.

Resta inteso comunque che la valutazione finale sulla effettiva sussistenza del requisito della gravità rispetto al singolo caso, è comunque rimessa all'apprezzamento della Centrale Operativa. A tale valutazione rimane subordinata l'attivazione della procedura d'urgenza.

La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero, per le quali l'Assistito sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA

Qualora l'Assistito acceda a Strutture Sanitarie Convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione si considererà ricevuta in regime di assistenza sanitaria in forma rimborsuale, con pagamento anticipato da parte dell'Assistito e rimborso al medesimo previa detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo.

LA PRENOTAZIONE

Ferma rimanendo la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa, di cui al precedente paragrafo B.1, con riferimento alla prenotazione delle prestazioni, l'Assistito potrà effettuarla per il tramite della Centrale Operativa, ovvero contattando direttamente la Struttura Convenzionata. Nell'ipotesi in cui la prenotazione sia effettuata dalla Centrale Operativa, quest'ultima provvederà a fornire all'Assistito un'informativa telefonica, a mezzo fax, e-mail o sms della prenotazione effettuata.

DOPO AVER RICEVUTO LA PRESTAZIONE

A prestazione avvenuta, l'Assistito dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate dal Piano Sanitario di riferimento). **Previmedical provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della Struttura Sanitaria della fattura completa e dell'eventuale ulteriore documentazione giustificativa.**

L'Assistito riceverà idonea attestazione comprovante l'avvenuta liquidazione.

II. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME RIMBORSUALE

COME CHIEDERE IL RIMBORSO

Per ottenere il rimborso, l'Assistito, al termine del ciclo di cure, non appena disponibile tutta la documentazione medica completa, dovrà compilare in ogni sua parte il Modulo di richiesta di rimborso ed allegare in fotocopia la seguente documentazione giustificativa:

- documentazione medica

- a) prescrizione** con indicazione del quesito diagnostico e/o della diagnosi. In caso di infortunio fornire in aggiunta il referto del Pronto Soccorso, in quanto deve essere oggettivamente documentabile. In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie). Inoltre la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite. Si precisa che non sono ammessi infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura e gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.
La prescrizione deve essere stata predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che ha effettuato (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore abbia anche erogato le prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto;
- b) cartella clinica** completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero sia con pernottamento che diurno (Day Hospital). Si precisa che non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.
- c) quant'altro** necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri.

- **documentazione di spesa quietanzata** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di Cura, da Centro Medico, inteso per tale la Struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi.

Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge e redatta in lingua italiana, o comunque corredata da traduzione in lingua italiana. Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni.

Ai fini di una corretta valutazione delle richieste di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, rimane la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Qualora l'Assistito riceva rimborso da parte di Fondi o Enti è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali Enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.

La somma spettante all'Assistito è calcolata con detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo.

LA RICHIESTA DI RIMBORSO CARTACEA

L'Assistito, ricevuta la prestazione, dovrà compilare il Modulo di richiesta di rimborso reperibile sul sito internet www.sanitass.it (sezione: Modulistica) compilandolo in ogni sua parte ed allegando **fotocopia** della documentazione giustificativa di cui sopra.

Il modulo ed i relativi allegati devono essere trasmessi al seguente indirizzo:

SANITASS
Fondo Sanitario Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale
Ufficio Liquidazione c/o PREVIMEDICAL
Via Enrico Forlanini 24
31022 Borgo Verde, Preganziol (TV)

LA RICHIESTA DI RIMBORSO ON-LINE

In alternativa alla procedura di cui alla precedente lettera, l'Assistito, se in possesso dei dati di accesso (login e password) potrà **trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso** delle prestazioni sanitarie ricevute, **unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa**. A tal fine l'Assistito dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.sanitass.it (AREA RISERVATA).

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La Compagnia si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture Sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.

La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza (prot. SSL a 128 bit).

LA RICHIESTA DI RIMBORSO TELEMATICA

Alternativamente ai modelli di trasmissione sopra descritti l'Assistito, accedendo alla propria area riservata dal sito www.sanitass.it (AREA RISERVATA), può accedere alle funzionalità di richiesta on-line del rimborso. Detta funzionalità consente di effettuare la compilazione del modulo di rimborso con modalità telematiche. La compilazione del modulo è guidata e consente l'indicazione da parte dell'iscritto di tutte le informazioni utili ai fini di procedere alla liquidazione dei rimborsi relativi alle prestazioni effettuate.

Al termine della compilazione on-line del modulo di rimborso, l'iscritto dovrà procedere alla stampa ed alla sottoscrizione dello stesso ed alla sua successiva trasmissione unitamente alla documentazione delle spese per le quali viene avanzata richiesta di rimborso.

A seguito della stampa del modulo, la richiesta effettuata (che potrà essere annullata in giornata da parte dell'Assistito) sarà gestita presso la Centrale Operativa, che rimarrà in attesa di ricevere la versione cartacea del modulo, congiuntamente alla prescritta documentazione, per procedere all'avvio della fase liquidativa.

Per coloro che non dispongano di un accesso ad internet, le richieste di rimborso potranno essere avanzate attraverso il canale tradizionale (cartaceo), con le modalità descritte al precedente § II, lett. A.2).

LA CONSULTAZIONE ON-LINE DELLA PROPRIA PRATICA

Accedendo alla propria Area Riservata dal sito internet www.sanitass.it (AREA RISERVATA), l'iscritto, previa autenticazione, può accedere altresì alla funzionalità di consultazione on-line dello stato di elaborazione della propria pratica di rimborso.

In particolare, verranno rese disponibili le seguenti informazioni:

- data rimborso;
- tipologia prestazione medica;
- persona interessata (iscritto o familiare);
- totale rimborso.

SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

E' a disposizione il servizio "SEGUI LA TUA PRATICA"; l'Assistito dovrà semplicemente indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso. In questo modo, l'Assistito riceverà automaticamente a mezzo SMS tutte le informazioni relative alla propria pratica di liquidazione. In

particolare, a seguito dell'attivazione del servizio, l'Assistito riceverà una notifica di aggiornamento dello stato di elaborazione della sua pratica in relazione ai seguenti step operativi del processo di pagamento rimborsi:

- avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
- avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso;
- eventuale sospensione della pratica di rimborso, qualora la documentazione allegata alla domanda di rimborso risulti incompleta;
- eventuale reiezione per non indennizzabilità della domanda di rimborso.

ACCESSO AI SERVIZI TRAMITE APP MOBILE DI RBM SALUTE

Il Fondo rende disponibile una APP Mobile proprietaria (RBM Salute) per accedere alle seguenti funzioni:

- visualizzazione e modifica dei dati anagrafici e di contatto;
- visualizzazione dei recapiti utili per contattare la Centrale Operativa;
- ricerca delle strutture convenzionate con Previmedical;
- visualizzazione dello status e dei dettagli inerenti le proprie pratiche;
- pre-attivazione delle prestazioni presso le strutture convenzionate (regime di assistenza diretta).

Coloro che sono già registrati nell'AREA RISERVATA come utenti per la gestione on line dei sinistri – AREA ISCRITTO - potranno utilizzare le medesime credenziali di accesso che possiedono per accedere ai servizi tramite APP Mobile di RBM Salute, in caso contrario dovranno essere richieste login e password per poter accedere all'Area Riservata.

SERVIZIO CARD

Nel caso di prestazioni non previste dal proprio piano sanitario e/o in caso di superamento dei massimali previsti dalla copertura sanitaria, l'Assistito potrà accedere tramite apposita Card al network convenzionato Previmedical giovando di tariffe agevolate per le prestazioni convenzionate. Nel sito web di Previmedical è visualizzabile l'elenco delle strutture aderenti al circuito Card, suddivise per regione e provincia. Tali informazioni potranno altresì essere reperite contattando la Centrale Operativa.

Per giovare dell'applicazione delle tariffe agevolate, l'Assistito dovrà farsi identificare dalla struttura prescelta, al momento della prenotazione della prestazione nonché all'accettazione, esibendo la propria Card Sanitass-Previmedical.

❖ **Allegato VI - IL MODULO DI RIMBORSO**

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE

(nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente modulo dovrà pervenire al seguente indirizzo:
FONDO SANITASS
Ufficio Liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.
Via E. Forlanini, 24 - Località Borgo Verde – 31022 Preganziol (TV)
Unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia.

Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA (ASSISTITO)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

Tel _____ Cell(*) _____ E-mail _____

Piano Sanitario n° _____ Socio o Correntista

(*) indicare il numero di telefono cellulare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA" attraverso la ricezione di sms. In questo caso autorizzi Previmedical ad inviarti sms di promemoria delle tue pratiche.

DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO (SE DIVERSA DALL'ASSISTITO)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

- Prestazioni per le quali si richiede il rimborso:**
- Ricovero in istituto di cura
 - Prestazioni collegate a ricovero (pre/post)
 - Accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione
 - Prestazioni Extraospedaliere non collegate al ricovero
 - Altro

Si allegano **IN COPIA** le seguenti fatture:

	N° FATTURA/ RICEVUTA	ENTE EMITTENTE	DATA FATTURA/ RICEVUTA	IMPORTO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Totale richiesto: _____

Ai fini della presente domanda di rimborso il sottoscritto dichiara di non avere effettuato analoga richiesta ad altra forma integrativa del servizio sanitario nazionale.



INDICARE LA PRESENZA DI ALTRA COPERTURA (ANCHE EROGATA TRAMITE FONDO) PER LO STESSO RISCHIO PER IL RICHIEDENTE IL RIMBORSO
 NO SI * _____

***SE SI, SPECIFICARE IL NOME DEGLI ALTRI ASSICURATORI O FONDI E RELATIVO N° DI POLIZZA**

IN CASO DI INFORTUNIO COMPILARE IL SEGUENTE RIQUADRO:
 Nome/Cognome Controparte: _____
 Nome della Compagnia, Fondo o Cassa: _____
 Numero di Polizza: _____
 Data Evento: _____
 Allegare la seguente documentazione:
 certificato di pronto soccorso

SOLO IN CASO DI INCIDENTE STRADALE ALLEGARE ANCHE VERBALE DELL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA

N° altri documenti allegati **IN FOTOCOPIA** (cartelle cliniche, certificati di degenza, altro): _____

Coordinate bancarie su cui effettuare il rimborso (da indicare solo nel caso in cui fossero diverse da quelle comunicate in fase di adesione)
 Intestatario conto corrente: _____
IBAN:

Data compilazione: _____ Firma del titolare della copertura: _____

Firma dell'Assistito: _____
(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

Consenso al trattamento dei dati personali – D. Lgs 196/2003

Ricevuta l'informativa ai sensi del d. lgs. del 30/06/2003 n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", **ACCONSENTO** al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, Fondo di Assistenza, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Società di servizi, Previmedical S.p.A., RBM Salute S.p.A. e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate.

Data compilazione: _____

Nome e Cognome dell'Interessato _____ Firma per Consenso _____
(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)