

NOMENCLATORE DEL

PIANO SANITARIO

PREVISALUTE

Fondo Sanitario Aperto

PIANO SANITARIO

Soci e Correntisti delle Banche aderenti ad Assicura Group

Indennitario

Aderente alla Convenzione n° 100636

PREVISALUTE

Fondo Sanitario Aperto

Via E. Forlanini, 24 – 31022 Preganziol – Loc. Borgo Verde TV - C.F.: 94150010265

PREMESSA

Questo nomenclatore ha l'obiettivo di fornire agli iscritti alla Mutua un supporto per la comprensione ed utilizzo delle prestazioni previste dal Piano Sanitario.

Le prestazioni offerte dalla Mutua PREVISALUTE sono coperte e garantite attraverso una copertura assicurativa con **RBM ASSICURAZIONE SALUTE**, primaria 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.

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate con Previmedical è disponibile sul sito: www.previsalute.it.

INDICE

❖ DEFINIZIONI	pag. 4
❖ ESTRATTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE COPERTE DALLA MUTUA	pag. 8
❖ NORME GENERALI CHE REGOLANO IL PIANO SANITARIO	pag. 13
❖ LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO	pag. 18
❖ Allegato I ELENCO GRANDI INTERVENTI	pag. 21
❖ Allegato II GRAVI PATOLOGIE	pag. 23
❖ Allegato III SCHEDA RIASSUNTIVA	pag. 24
❖ Allegato IV TARIFFARIO ODONTOIATRICO	pag. 25
❖ Allegato V GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE	pag. 31

❖ **DEFINIZIONI** (in ordine alfabetico)

Assistito/Socio beneficiario: il Socio o il Correntista della Banca aderente ad Assicura Group, titolare e/o contitolare di contratti bancari stipulati con la Banca stessa, il quale abbia aderito a PreviSalute Società di Mutuo Soccorso 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 da PreviSalute.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

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

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 S.p.A.

Centro Autorizzato RBM Assicurazione Salute: centro appartenente al Network di strutture convenzionate aderente a specifiche iniziative promozionali di RBM Assicurazione Salute. L'elenco dei Centri Autorizzati RBM Assicurazione Salute è consultabile sul sito internet www.rbmsalute.it

Centro Medico: struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibiti 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 direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

Contraente: PREVISALUTE FONDO SANITARIO APERTO – soggetto avente finalità assistenziale, ed abilitato ad assumere la contraenza del programma sanitario anche ai fini degli aspetti fiscali e contributivi di cui all'art. ex-art.15, comma 1, lett. i-bis del TUIR 917/86.

Contributo: la somma dovuta dall'Assistito alla Contraente.

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

Franchigia/Scoperto: parte del danno indennizzabile, espressa rispettivamente in cifra fissa (franchigia) ed in percentuale (scoperto) sull'ammontare del danno, che rimane a carico del Socio-Beneficiario.

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, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

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

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente da una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime 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) sia 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, 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 dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia Mentale: tutte le patologie mentali (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS).

Malformazione/Difetto fisico: alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente, o sia clinicamente diagnosticata prima della stipula dell'Opzione (o dell'ingresso in garanzia).

Massimale: la disponibilità unica, ovvero la spesa massima rimborsabile per il Socio-Beneficiario e i componenti del medesimo nucleo familiare per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nel periodo di copertura.

Modalità d'indennizzo: Forma diretta: Pagamento dell'indennizzo dovuto direttamente alle strutture convenzionate e/o ai dentisti convenzionati;

Forma indiretta: Rimborso delle spese sostenute dal Socio Beneficiario per prestazioni eseguite non in regime di convenzionamento.

Nucleo Familiare: Il titolare del Piano Sanitario, il coniuge o il convivente more uxorio o la persona unita civilmente ai sensi della L 20 maggio 2016 n. 76 ss.mm., i figli legittimi anche non fiscalmente a carico. 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.

Parti: la Società e il Contraente.

Patologia in atto/Patologia preesistente: malattie diagnosticate o che abbiano reso necessario cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'effetto dell'adesione.

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.

Rischio: la probabilità che si verifichi l'evento.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Opzione.

Società o Compagnia: la Compagnia Assicuratrice RBM Assicurazione Salute Spa in cui il Fondo Sanitario Aperto ha allocato il proprio rischio.

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

Strutture Sanitarie: 1) Strutture Sanitarie Private/Medici convenzionate con Previmedical:

Strutture e Dentisti presso le quali il Socio Beneficiario può usufruire dell'assistenza diretta (indennizzo pagato direttamente dalla Società tramite Previmedical alla Struttura Convenzionata e/o Dentista Convenzionato) per prestazioni mediche/odontoiatriche garantite da PreviSalute mediante il Piano Sanitario.

2) Strutture Sanitarie Pubbliche:

a) prestazioni erogate a totale carico del S.S.N.: Strutture presso le quali il Socio Beneficiario 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/Dentisti NON convenzionati con Previmedical.

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 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, effettuate esclusivamente presso Centri Medici, ed eseguiti da medico specialista o da fisioterapista (Laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002) o da Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995, salvi ulteriori requisiti di legge.

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 DALLA MUTUA

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

A – INDENNIZZO PREDEFINITO IN CASO DI RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E/O DI RICOVERI PER GRAVI PATOLOGIE (garanzia valida se prevista dall'opzione sottoscritta)

In caso di ricovero per Grandi Interventi Chirurgici e/o per Gravi Patologie con o senza intervento chirurgico (vedi Allegato 1 “Elenco grandi interventi” ed Allegato 2 “Gravi patologie”) 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 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 copertura come previsto al punto 12 delle “Esclusioni”.

PRESTAZIONI DI AUTOSUFFICIENZA – LONG TERM CARE (LTC)

B – LONG TERM CARE (LTC) – PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA (garanzia valida se prevista dall'opzione sottoscritta)

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 della copertura. Le prestazioni saranno erogabili a partire dalla data di perfezionamento dell'evento previa verifica da parte della Società, tramite PreviSalute, 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 della Società per il tramite di PreviSalute della predetta documentazione completa. Conclusa la verifica la Società 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 la Società 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 la Società potrà richiedere, tramite PreviSalute, all'Assistito la trasmissione entro il 15 novembre della documentazione necessaria a verificare il permanere dello stato di non autosufficienza in copertura.

In alternativa la Società potrà inviare, previo preavviso, un proprio medico fiduciario per l'effettuazione in loco della predetta verifica. In sede di verifica annuale la Società 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 da PreviSalute la comunicazione di riconoscimento dell'erogabilità della garanzia da parte della Società.

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 della Società.

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 da PreviSalute, 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

La Società, 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 la Società si riserva di sottoporre l'Assistito a visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione dell'Assistito stesso.

La Società 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 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 (vedi Allegato 5 "Livelli di indennizzo applicati alle prestazioni per LTC");
- 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 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 ODONTOIATRICHE

La Società assicura, entro i limiti indicati nell'Allegato 4 "Tariffario Odontoiatrico", il rimborso delle spese sanitarie odontoiatriche sostenute dall'Assistito durante l'operatività della presente Convenzione e rese necessarie a seguito di malattia o infortunio, secondo i seguenti Livelli di Protezione:

	Small	Medium	Large	XL
Prestazioni previste	A + Emergenza Odontoiatrica (solo in Network)	A+B+ C+D+ Emergenza Odontoiatrica (solo in Network)	A+B+ C+D+E+F+G+ Emergenza Odontoiatrica (solo in Network)	A+B+ C+D+E+F+G+H + Emergenza Odontoiatrica (sia in Network che fuori Network)

a) Igiene e Visita

La Società provvede al pagamento di una visita odontoiatrica di controllo e prevenzione (prestazione 02, comprensiva delle prestazioni 07 o 08) una volta all'anno.

Inoltre, per ciascun Assistito di età inferiore a 13 anni, è anche prevista la sigillatura dei solchi per elemento (prestazione 09), purché avvenga una sola volta nell'arco temporale di validità del piano sanitario.

Le prestazioni sopra indicate sono comprese nell'allegato 4 "Tariffario Odontoiatrico" alla lettera **A- IGIENE E VISITA.**

b) Altre cure dentarie

La Società provvede anche al pagamento delle prestazioni odontoiatriche, che vengono rimborsate entro le tariffe, i vincoli tecnici e limiti temporali indicati per ogni prestazione nell'Allegato 4 "Tariffario Odontoiatrico" suddiviso per macro-aree, qualora previste dal livello di Protezione Prescelto,

B- PARTE GENERALE – PARODONTOLOGIA

C- CONSERVATIVA - ENDODONZIA

D- GNATOLOGIA

E- IMPLANTOLOGIA

F- CHIRURGIA

G- PROTESI FISSA - PROTESI MOBILE - PROTESI COMBINATA

H- ORTODONZIA

c) Pacchetto Emergenza Odontoiatrica

La Società provvede al pagamento, massimo una volta l'anno, delle seguenti prestazioni dentarie d'emergenza a seguito di Infortunio, previo invio del certificato di pronto soccorso:

- Sigillatura (per ogni dente)
- Otturazione (qualsiasi tipo)
- Incappucciamento della polpa
- Ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite o a perno ad elemento
- Endodonzia (comprese RX e qualunque tipo di otturazione).

❖ NORME GENERALI CHE REGOLANO IL PIANO SANITARIO

PERSONE COPERTE DAL PIANO SANITARIO

L'assicurazione s'intende valida a favore di tutti i soci e correntisti delle Banche aderenti ad Assicura Group titolari del Piano Sanitario, che hanno aderito alla Convenzione, nonché dei componenti dei rispettivi nuclei familiari, intendendosi per tali quelli compresi nella definizione di nucleo familiare, dietro versamento del relativo contributo.

Il Contraente si impegna a fornire, mediante supporto informatico, periodica comunicazione alla Società dei nominativi degli Assistiti nei confronti dei quali vige la copertura per le prestazioni del presente contratto; tale informazione periodica dovrà anche contenere i nominativi per il quali la copertura non sarà più operante.

Fatti salvi i termini di aspettativa previsti al punto "Termini di aspettativa" le garanzie sono operanti:

- a) dalle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo al mese di adesione al Piano Sanitario, data entro la quale il Contraente si impegna a comunicare alla Società i nuovi nominativi, per gli inserimenti di nuovi Assistiti in corso del periodo di copertura;
- b) dalla nascita, per i figli legittimi purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro 30 giorni dalla nascita. Per questi, a parziale deroga del punto "Termini di aspettativa", si conviene fra le Parti 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 dovrà essere versato dal Titolare del Piano Sanitario alla Contraente mediante addebito automatico sul conto corrente della Contraente (modalità SDD). Il contributo dovrà essere corrisposto con versamento annuale anticipato, oppure mediante pagamento mensile. Pertanto, il contributo dovrà essere corrisposto prima o durante la decorrenza della copertura.

INCLUSIONE DI NUOVI FAMILIARI IN CORSO D'ANNO

L'inclusione di familiari in corso d'anno in un momento successivo alla decorrenza del Piano Sanitario non è consentita. Nel caso di variazione della composizione del Nucleo Familiare assistito (matrimonio, ecc.), il Piano Sanitario si intende operante, con adeguamento del contributo nel caso ci sia un passaggio da single a nucleo, nei confronti dei nuovi Assistiti dal 01/01 successivo alla variazione.

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

Si conviene fra le Parti che l'assicurazione mantiene la sua validità fino al termine dell'annualità o periodo di copertura in corso, anche nei seguenti casi:

- il titolare del Piano Sanitario perda la qualifica di Socio o di Correntista delle Banche aderenti ad Assicura Group nel corso del periodo di copertura;
- per le persone che raggiungano l'ottantesimo anno d'età in corso di copertura secondo quanto previsto dal punto "Limiti di età – Persone non assicurabili";
- per perdita dei requisiti nel caso di familiari del nucleo familiare di base.

Nei casi sopra citati, nel caso in cui il nucleo si riduca, nell'annualità successiva ci sarà un adeguamento del contributo nel passaggio da nucleo a single.

EFFETTO E DURATA DELLA COPERTURA

L'assicurazione decorre dalle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo alla data di adesione, salvo buon fine (SBF) dell'incasso del contributo o della prima rata del contributo; si precisa che il pagamento delle

prestazioni sanitarie nel caso in cui l'Assistito si avvalga di Strutture Convenzionate con il Network Previmedical non è riconosciuto fino ad incasso avvenuto (dopo incasso).

Se il Titolare non paga i contributi o le rate mensili del contributo successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 00:00 del 16° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento, ferme restando le scadenze successive stabilite dal contratto, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Per le rate successive alla prima è concesso un termine di mora di trenta giorni trascorsi i quali l'assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno del pagamento del contributo e delle spese, ferme restando le scadenze stabilite dal contratto.

Trascorso il termine di 30 giorni di cui sopra, la Società ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione, fermo il diritto ai contributi scaduti nonché di richiederne l'esecuzione.

Il contributo è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno.

Il contributo dovrà essere versato dal Titolare del Piano Sanitario alla Contraente mediante addebito automatico sul conto corrente della Contraente (modalità SDD).

Il contributo dovrà essere corrisposto con versamento annuale anticipato, oppure mediante pagamento mensile. Pertanto, il contributo dovrà essere corrisposto prima o durante la decorrenza della copertura.

Il versamento del contributo o della prima rata di contributo dovrà essere effettuato entro il primo giorno del mese successivo all'adesione al Piano Sanitario. In caso di pagamento mensile, i versamenti delle rate successive di contributo dovranno essere effettuati entro la prima decade di ciascun mese per l'intera durata del contratto.

I Piani Sanitari avranno scadenza all'01/01 dell'anno successivo all'anno di adesione e così di seguito.

Il primo anno di copertura è sempre inteso con decorrenza dalle ore 00 del primo giorno del mese successivo alla data di adesione e scadenza alle ore 00 dell'01/01 dell'anno successivo all'adesione.

Il contributo dovuto alla decorrenza per il primo anno di copertura verrà calcolato considerando i mesi di effettiva copertura a conclusione della prima ricorrenza annuale.

RIDUZIONE CONTRIBUTO

L'assistito con la sottoscrizione del Piano Sanitario riceve in dotazione un tracker che, attraverso il monitoraggio continuativo per almeno sei mesi ed entro i parametri previsti per il raggiungimento degli obiettivi (valutati sulla base della raccolta dati del dispositivo), da diritto all'applicazione di un'ulteriore riduzione del 5% del contributo sull'annualità successiva, ripetibile su base annua e così suddivisa:

- a) riduzione del 2% che viene acquisita ogni anno sulla tariffa ordinaria dopo i primi 6 mesi di monitoraggio;
- b) ulteriore riduzione del 3% in caso di raggiungimento su base annuale dei parametri previsti.

Nel secondo quinquennio, in caso di monitoraggio continuativo da parte dell'assistito del proprio stato di salute (che corrisponda ad una acquisizione in ciascuna annualità almeno del 2%) il 3% legato al raggiungimento degli obiettivi viene incrementato ad un 5% (per un totale annuo di scontistica del 7%).

Il meccanismo trova applicazione anche dal terzo quinquennio in poi con un innalzamento dello sconto per obiettivi al 7% (per un totale annuo del 9%).

Qualora dal secondo quinquennio in poi l'assistito interrompa anche per una sola annualità la continuità di monitoraggio, il suo sconto per il raggiungimento degli obiettivi sarà riportato indietro alla classe del quinquennio precedente.

TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre:

- per gli infortuni e le cure dentarie dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;
- per prestazioni ospedaliere conseguenti a malattia (Ricoveri per Grandi interventi e Gravi patologie) dal **30° giorno successivo** al momento in cui, ha effetto l'assicurazione;
- per la garanzia LTC – PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA dal **90° giorno successivo** al momento in cui ha effetto l'assicurazione.

Le norme di cui al presente articolo valgono anche nel caso di variazioni intervenute nel corso del presente Piano Sanitario.

PATOLOGIE PREGRESSE

Sono escluse dall'assicurazione, le malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza del Piano Sanitario.

Tuttavia, nel caso di rinnovo continuativo del contratto, a partire dal 6° anno, sarà prevista la copertura delle patologie preesistenti note all'Assistito al momento dell'adesione, ad eccezione della **LONG TERM CARE (LTC) – PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA**. La copertura per tali patologie, per le prestazioni effettuate a partire dal sesto anno di copertura, sarà prestata alle seguenti condizioni:

- per i primi 2 anni successivi al primo quinquennio (sesto e settimo anno di copertura), **rimborso del 35% dell'importo rimborsabile/liquidabile;**
- per ulteriori 2 anni (ottavo e nono anno di copertura), **rimborso del 50% dell'importo rimborsabile/liquidabile;**
- per gli anni successivi (dal decimo anno di copertura in poi), **rimborso del 75% dell'importo rimborsabile/liquidabile.**

TACITO RINNOVO

In mancanza di disdetta, che deve essere comunicata mediante lettera raccomandata alla Società almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza annuale del Piano Sanitario, la copertura è prorogata per un anno e così successivamente.

Se il Contraente non paga i contributi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 00:00 del 16° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

In caso di pagamento dei contributi successivo al 16° giorno, verranno applicati nuovamente i termini di aspettativa previsti al punto "Termini di aspettativa".

Se al 28 febbraio di ogni anno i contributi non sono stati ancora versati, la Società ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, l'annullamento del contratto.

LIMITI DI ETÀ - PERSONE NON ASSICURABILI

Non possono aderire alla copertura le persone di età superiore a **75 anni**. Per gli assistiti già in copertura al raggiungimento del **75° anno** di età la copertura potrà essere rinnovata fino al termine dell'annualità in cui l'assistito raggiunga l'**80° anno** di età. In caso di disdetta del Piano Sanitario dopo il **75° anno** di età non sarà più possibile aderire alla copertura.

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità della copertura, l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'art. 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 al punto "Esclusioni".

ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni dei danni vengano effettuate 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

La Contraente/Assistito deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, la Contraente/Assistito deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno 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 della Società.

CONTROVERSIE: MEDIAZIONE

Ai sensi del D.lgs. 28/2010 e successive disposizioni modificative ed integrative, 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 un Organismo di Mediazione iscritto nell'apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia e che abbia sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente per la controversia.

L'esperimento del tentativo di mediazione costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale. Qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, le Parti saranno libere di adire l'Autorità Giudiziaria competente per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente contratto.

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DEL PIANO SANITARIO – PRESTAZIONI MEDICHE

Esclusioni

La copertura non comprende le spese per:

1. tutte le prestazioni non espressamente indicate nell'Allegato IV "Tariffario odontoiatrico";
2. le malattie stati patologici e/o difetti fisici e/o anomalie congenite preesistenti alla data di decorrenza del Piano Sanitario; parimenti vengono escluse le prestazioni odontoiatriche rese necessarie da situazioni patologiche, stati patologici o necessità di sostituzione protesi per grave usura già in atto al momento della decorrenza del Piano Sanitario;
3. le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla decorrenza della garanzia;
4. gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
5. 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";
6. gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
7. 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;
8. cure ed interventi per le conseguenze o complicità di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di copertura;
9. trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);
10. le procedure sperimentali o che non siano riconosciute di provata efficacia dalle principali Associazioni Odontoiatriche;
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. le procedure di ricostruzione o splintaggio utilizzate per incrementare la dimensione verticale, ristabilire l'occlusione, sostituire o stabilizzare la struttura del dente persa a causa di attrito;

13. la sostituzione di protesi complete o parziali rimovibili a causa di rottura mentre non in uso o perse o rubate;
14. le prestazioni di rimozione chirurgica di impianti o parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto già esistente o appena impiantato, sia fisso che rimovibile;
15. le estrazioni di denti decidui (da latte);
16. i trattamenti delle neoplasie maligne della bocca.
17. ricoveri in lungodegenza;
18. 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;
19. le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche;
20. 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;
21. ricoveri impropri;
22. l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla decorrenza della garanzia;
23. infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
24. le malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e sindromi organiche cerebrali;
25. 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);
26. gli infortuni e le intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad abuso alcolici e di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni o simili;
27. gli infortuni derivanti / correlati, direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
28. le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio), dietologiche e fitoterapiche;
29. gli stati patologici correlati all'infezione da HIV;
30. le malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni;
31. le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assistito;
32. 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;
33. le conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
34. le conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili);
35. le conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
36. le conseguenze dirette o indirette di infortuni e malattie riconducibili a soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali ad eccezione del Morbo di Parkinson e della Sindrome di Alzheimer in caso di Non Autosufficienza (LTC), forme maniaco depressive, stati paranoici o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS);
37. le conseguenze dirette od indirette di pandemie.

❖ LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

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

Oneri in caso di sinistro

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente, dall'Assistito o dai suoi aventi diritto alla Società non appena ne abbiano la possibilità. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

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 della Società ed qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assistito stesso.

Nel caso in cui, durante il periodo di validità della copertura, sopravvenga il decesso dell'Assistito titolare della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso alla Società e gli adempimenti di cui al presente articolo dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.

Nell'eventualità descritta, sarà necessario esibire ulteriori documenti quali:

- certificato di morte dell'assistito;
- copia autenticata dell'eventuale testamento, ovvero Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà che ne riporti gli estremi e che dia menzione che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato; inoltre, la suddetta Dichiarazione dovrà contenere l'indicazione di quali siano gli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire);
- in assenza di testamento, Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato dinanzi a pubblico ufficiale dalla quale risulti che l'assistito è deceduto senza lasciare testamento nonché le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità;
- eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Società alla liquidazione del capitale e contestualmente permette la riscossione delle quote destinate ai beneficiari minorenni/incapaci di agire;
- fotocopia di un documento d'identità valido e del tesserino fiscale di ciascun erede;
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, indicante il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici relativi ai rimborsi dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura come normato all'interno delle Condizioni Generali di Assicurazione (CGA).

In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'assistito è obbligato a comunicare alla Società il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.

In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'assistito è tenuto a trasmettere alla Società il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).

Pagamento diretto

Il pagamento diretto avviene in caso di spese odontoiatriche (se previste le cure dentarie) e delle prestazioni socioassistenziali 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 alla Società 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.

Si precisa che, ferma la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa in caso di ricovero / Day Hospital con o senza intervento, la prenotazione presso le Strutture Ospedaliere dovrà essere effettuata unicamente dalla Centrale Operativa.

Pagamento indiretto – Rimborso all'Assistito

Per le Prestazioni Ospedaliere:

La Società 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 sociosanitarie e/o socioassistenziali.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società 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.

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

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta e rimborsuale è indicata nell'Allegato 6 "GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE – REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E REGIME RIMBORSUALE".

Per le Prestazioni Odontoiatriche:

La Società rimborsa a cura ultimata dietro presentazione in fotocopia della seguente documentazione:

- 1) fatture quietanzate complete di imposta di bollo come da normativa vigente (non sono ammesse fatture di odontotecnici e di odontoprotesisti); le richieste di rimborso dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso;
- 2) referto del Pronto Soccorso in caso di cure dentarie da infortunio. Le stesse dovranno essere adeguate alle lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente provato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie).

La documentazione deve essere intestata all'Assistito e il rimborso avviene in favore dell'Assistito. Si precisa che le fatture di acconto sono rimborsabili esclusivamente insieme a quelle di saldo, a cura ultimata nell'annualità del Piano Sanitario.

Inoltre l'Assistito, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Ai fini di una corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

❖ 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 bifemorale.
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi : carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache.
- Tromboendarteriectomia 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

GARANZIA GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (GIC)

GARANZIA	INDENNIZZO FORFETTARIO
OPZIONE A	€ 50.000 per evento
OPZIONE B	€ 75.000 per evento
OPZIONE 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	€ 30.000 per evento

GARANZIE LTC1 E LTC2

GARANZIA	PUNTI	Massimali/Sub-massimali (Anno/Persona)(*)	
		Diretta/Rimborso	Indennizzo
PRESTAZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA – LONG TERM CARE			
LTC 1	40	€ 15.000	€ 15.000
	35	€ 7.500	€ 7.500
LTC 2	40	€ 20.000	€ 20.000
	35	€ 10.000	€ 10.000

(*): il rimborso è alternativo all'indennizzo

❖ Allegato IV - TARIFFARIO ODONTOIATRICO

PREMESSA:

Il presente Tariffario odontoiatrico è suddiviso in otto macro-aree:

- A - IGIENE E VISITA**
- I- PARTE GENERALE – PARODONTOLOGIA**
- J- CONSERVATIVA - ENDODONZIA**
- K- GNATOLOGIA**
- L- IMPLANTOLOGIA**
- M- CHIRURGIA**
- N- PROTESI FISSA - PROTESI MOBILE - PROTESI COMBINATA**
- O- ORTODONZIA**

I vincoli tecnici e i limiti temporali stabiliscono le modalità e il numero di prestazioni di cui è possibile ottenere il rimborso (sia in forma diretta che indiretta).

I vincoli e limiti del presente Tariffario odontoiatrico si applicano in ogni caso per assistito.

Per l'applicazione dei limiti temporali l'annualità deve essere considerata quella assicurativa e non quella solare.

I limiti temporali non si applicano in caso di infortunio comprovato da certificato del Pronto Soccorso.

Qualora si rendessero necessarie ulteriori prestazioni rispetto a quelle previste, esse dovranno essere fatturate applicando le tariffe del presente Tariffario odontoiatrico e saranno a carico dell'Assistito.

La visita odontoiatrica con formula dentale e piano di trattamento si intende a carico del singolo assistito se non diversamente disposto.

Tutte le prestazioni del presente Tariffario odontoiatrico comprendono la manodopera.

Nel trattamento ortodontico fisso e mobile (prestazioni 44 e 45) sono compresi i relativi controlli.

Tutte le immagini radiografiche, eseguite su indicazione del medico specialista esclusivamente per motivi di natura clinica prima, durante o dopo le cure, possono essere richieste a comprova delle cure medesime.

Ove richieste, le fotografie digitali devono riportare la data, il codice fiscale dell'assistito e la firma dell'odontoiatra.

La visita odontoiatrica (codice 02) è tariffata solamente se abbinata al codice 07 o 08, ed eseguita nell'ambito di un programma di prevenzione periodico di igiene e profilassi. Se eseguita nell'ambito di un piano di cure risulta compresa nel medesimo.

A – IGIENE E VISITA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00	Vedi premessa	Una sola volta ogni 12 mesi
07	Fluoroprofilassi	30,00	Solo fino a 13 anni di età	Una volta ogni 12 mesi
08	Ablazione tartaro	50,00		Una volta ogni 12 mesi
09	Sigillatura dei solchi per elemento	15,00	Solo fino a 13 anni di età	Una sola volta

B – PARTE GENERALE - PARODONTOLOGIA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00	Vedi premessa	Una sola volta ogni 12 mesi
03	Rx endorale (per due elementi)	16,00		
04	Fotografia digitale endorale	8,00	Solo ove richiesta	In numero massimo di 2 (prima e dopo)
05	Ortopantomografia	35,00		
06	Teleradiografia	60,00		Una sola volta
10	Levigatura e Courettage gengivale (per 4 elementi)	40,00	Esclude il codice 08	Una volta ogni 12 mesi
12	Chirurgia muco-gengivale incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)	150,00	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 49	Una volta ogni 12 mesi
49	Chirurgia ossea resettiva incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)	250,00	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 12	1 ogni 5 anni
13	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo)	260,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane	Una sola volta
47	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo) con membrana (per emiarcata)	350,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane	Una sola volta

C - CONSERVATIVA - ENDODONZIA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
19	Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente	90,00	Compreso eventuale incappucciamento della polpa	Ogni 24 mesi sullo stesso elemento
20	Intarsi in LP o LNP o ceramica – Inlay e Onlay per elemento	350,00		Ogni 5 anni
62	Terapia endodontica ad un canale	130,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
51	Ritrattamento endodontico un canale	150,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
63	Terapia endodontica a due canali	170,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
52	Ritrattamento endodontico a due canali	200,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
64	Terapia endodontica a tre o quattro canali	220,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
53	Ritrattamento endodontico a tre o quattro canali	250,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
54	Perno endocanalare prefabbricato in grafite o zirconio per ricostruzione coronale	50,00	1 solo perno per elemento, indipendentemente dal numero delle radici. Comprovato da rx	

D – GNATOLOGIA

Codice	Tipo di Prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
40	Placca oclusale o bite	400,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ripetibile dopo 12 mesi solo se necessità comprovata da invio modelli
41	Molaggio selettivo per arcata	60,00	Indipendentemente dal numero di sedute	Una sola volta
42	Esame elettromiografico e/o kinesiografico	300,00	Da allegare alla fattura	Una sola volta

E – IMPLANTOLOGIA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
27	Impianto osteointegrato per elemento	800,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica. Compresa eventuale DIMA	Una sola volta
55	Mini impianti compresi attacchi di precisione per elemento	500,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica	Una sola volta
56	Pilastro (abutment) o moncone o attacco per protesi rimovibili - per singolo impianto	350,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica	Una sola volta
57	Rialzo del pavimento del seno mascellare	600,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane. Esclude codici 13 e 47 su arcata superiore	Una sola volta
58	Distrazione osteo-alveolare per emiarcata	600,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane. Comprovata da foto digitale. Esclude codici 13 e 47	Una sola volta

F – CHIRURGIA

Codice	Tipo di Prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
14	Estrazione di dente o radice	80,00		
50	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea parziale e relative endorali	175,00	Comprovata da rx	
15	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale e relative endorali	350,00	Comprovata da rx	
16	Apicectomia (esclusa terapia canalare) e relative endorali	300,00	Comprovata da rx	
17	Rizotomia e relative endorali	120,00	Comprovata da rx	
48	Rizectomia - per elemento	130,00	Comprovata da rx	
18	Interventi di piccola chirurgia orale (frenulectomia – incisione di ascesso - asportazione di epulide o cisti mucose – opercolotomia – intervento chirurgico preprotetico) e relative endorali	120,00	Comprovata da rx o foto digitale endorale	

G - PROTESI FISSA - PROTESI MOBILE - PROTESI COMBINATA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
28	Corona provvisoria fissa in resina dura - per elemento	50,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
59	Corona provvisoria armata - per elemento	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
29	Perno endocanalare fuso, su misura, qualsiasi materiale - per elemento	250,00	Compresa ev. cappetta. Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
30	Corona o elemento in oro-resina, LNP e composito o ceramica , compreso eventuale fresaggio - per elemento	450,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
31	Corona o faccette ceramica integrale (LP, GALVANICA, ZIRCONIO, TITANIO) per elemento	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
32	Attacco di precisione	200,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni
33	Rifacimento in ceramica su struttura di elemento fisso	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
34	Protesi mobile parziale provvisoria in resina di un elemento compresi i ganci	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento

35	Per ogni elemento in più	60,00	Solo correlata a 34. Fino ad un massimo di 5 elementi. Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
60	Protesi totale immediata per arcata (provvisoria)	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni
36	Protesi mobile totale in resina per arcata (definitiva)	900,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni
37	Scheletrato in Cro-Co-Mo o qualsiasi altro materiale	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni
38	Per ogni elemento in più	70,00	Solo correlata a 37. Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni
39	Riparazione di protesi mobile in resina o scheletrica	150,00		Ogni 3 anni
61	Ribasamento protesi mobile o rimovibile (diretto o indiretto)	250,00		Ogni 5 anni

H – ORTODONZIA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
43	Rilievo impronte e studio dei modelli del caso su articolatore, comprese radiografie e tracciato cefalometrico	200,00	Richiedibili modelli + rx + tracciato cefalometrico restituibile	Una sola volta
44	Trattamento ortodontico con apparecchiature mobili per arcata e per anno di cura, indipendentemente dalla classe di appartenenza	1.000,00	Richiesta certificazione del laboratorio odontotecnico	Massimo per 2 anni; 3° anno rimborsabile con invio modelli (iniziale e attuale)
45	Trattamento ortodontico con apparecchiature fisse per arcata e per anno di cura, indipendentemente dalla classe di appartenenza	1.200,00	Modelli e panoramica richiedibili	Massimo per 3 anni
46	Placca di contenzione	350,00	Solo a fine trattamento	Una sola volta

❖ Allegato V - GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

La presente guida sintetica riepiloga esclusivamente le principali fasi del processo di attivazione della copertura sanitaria. Per tutte le informazioni di dettaglio si rimanda al punto "Oneri in caso di sinistro".

NOTA BENE: DISPOSIZIONI RELATIVE ALLE PRESTAZIONI EFFETTUATE TRA DUE ANNUALITÀ

Tutte le prestazioni sanitarie/odontoiatriche o cicli di cura/terapie iniziate in un determinato esercizio saranno imputate, fino a concorrenza, al massimale previsto per ciascuna garanzia in tale periodo di assicurazione, dal momento che la patologia oggetto di copertura ed il conseguente trattamento (sinistro) si sono verificati in tale esercizio. L'eventuale quota di spesa non assorbibile all'interno del massimale annuo rimarrà a carico dell'assistito.

COSA FARE PER POTER OTTENERE IL RIMBORSO IN CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON IL NETWORK PREVIMEDICAL	
PER PRESTAZIONI OSPEDALIERE ED EXTRAOSPEDALIERE (ESCLUSE DENTARIE)	
Fase 1	Il medico di base o lo specialista ti prescrive la prestazione da effettuare.
Fase 2	Esegui la prestazione presso una delle Strutture NON Convenzionate con il Network Previmedical saldando in toto le spese per le prestazioni eseguite.
Fase 3	<p>Compila in ogni sua parte il Modulo di richiesta di rimborso ed allega in fotocopia la seguente documentazione giustificativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prescrizione medica (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, con indicazione della patologia presunta o accertata, predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che ha effettuato - direttamente o indirettamente - la prestazione; qualora il medico sia il medesimo che ha eseguito la prestazione inoltra il relativo referto; - referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento, nel caso di infortunio; - cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.) in caso di ricovero, anche in Day hospital; - relazione medica in caso di interventi ambulatoriali; - copia del tesserino "esenzione 048" in caso di prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.) - in caso di trattamenti fisioterapici: <ol style="list-style-type: none"> 1. prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata; 2. medico specialista o da fisioterapista, fisiokinesioterapista, terapeuta della riabilitazione, tecnico fisioterapista della riabilitazione, terapeuta della riabilitazione dell'apparato motore, massofisioterapista. - ogni altra documentazione necessaria; - Fatture, notule e ricevute fatture quietanzate complete di imposta di bollo come da normativa vigente, emesse da Istituto di Cura o da Centro Medico. <p>Invia la documentazione a:</p> <p>PREVISALUTE FONDO SANITARIO APERTO Ufficio liquidazioni Via Enrico Forlanini, 24 Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)</p> <p>In alternativa potrai trasmettere on-line le richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa accedendo alla tua area riservata dal sito www.previsalute.it;</p>
Fase 4	<p>La Società:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettua controlli di natura amministrativa e medico assicurativa; - provvede alla liquidazione della richiesta di rimborso, eccetto eventuali quote a tuo carico.

COSA FARE PER POTER ACCEDERE ALLE STRUTTURE CONVENZIONATE RBM ASSICURAZIONE SALUTE (PAGAMENTO DIRETTO) - Autorizzazione della prima visita ed ablazione tartaro -	
Fase 1	<p>Se vuoi accedere alle cure dentarie devi preventivamente (almeno 48 ore prima dell'appuntamento) contattare personalmente la Centrale Operativa di Previmedical utilizzando App dedicata/Web (Area Riservata) o Numero verde 800. 99.17.85 da telefono fisso (+39 0422.17.44.235 per chiamate da telefono cellulare e dall'estero) per richiedere l'autorizzazione a procedere con la prima visita con ablazione del tartaro, comunicando le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione; - recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione; - nome del dentista convenzionato presso il quale verrà effettuata la prestazione; - data della prestazione. <p>Non saranno prese in considerazione richieste di autorizzazioni che pervengano dagli Studi Odontoiatrici. La Centrale Operativa di Previmedical invierà l'apposito modulo di presa in carico allo studio odontoiatrico, autorizzando la prima visita ed ablazione tartaro. Per l'effettuazione della prima visita non è necessario disporre della prescrizione.</p>
Fase 2	<p>La Centrale Operativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettua controlli di natura amministrativa e medico assicurativa; - ti inoltra copia dell'autorizzazione tramite e-mail o codice di autorizzazione tramite SMS, specificando eventuali quote a tuo carico.
Fase 3	<p>Al momento della prestazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esibisci copia dell'autorizzazione ricevuta tramite e-mail o SMS; - salda alla Struttura Sanitaria esclusivamente le quote rimaste a tuo carico.

COSA FARE PER POTER ACCEDERE ALLE STRUTTURE CONVENZIONATE RBM ASSICURAZIONE SALUTE (PAGAMENTO DIRETTO) - Autorizzazione di eventuali ulteriori prestazioni (solo dopo la prima visita) -	
Fase 1	<p>In seguito alla prima visita, qualora si rendessero necessarie eventuali ulteriori prestazioni, dovrai preventivamente (almeno 48 ore prima dell'appuntamento) contattare personalmente la Centrale Operativa di Previmedical utilizzando App dedicata / Web (Area Riservata) o Numero verde 800. 99.17.85 da telefono fisso (+39 0422.17.44.235 per chiamate da telefono cellulare e dall'estero) per richiedere l'autorizzazione a procedere alle ulteriori cure, comunicando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prestazione da eseguire nel prossimo appuntamento; - il quesito diagnostico o la patologia; - il nome del dentista convenzionato; - data e orario dell'appuntamento. Qualsiasi modifica relativa alla data dell'appuntamento dovrà essere comunicata preventivamente dall'Assistito (almeno 48 ore prima dell'appuntamento) alla Centrale Operativa. <p>Inoltre dovrai trasmettere copia della prescrizione medica.</p> <p>Nel caso fossero necessari ulteriori trattamenti, dovrai di volta in volta richiederne l'autorizzazione alla Centrale Operativa singolarmente, con le predette modalità. Non saranno prese in considerazione richieste di autorizzazioni che pervengano dagli Studi Odontoiatrici. La Centrale Operativa di Previmedical invierà l'apposito modulo di presa in carico allo studio odontoiatrico per le prestazioni autorizzate Riceverai l'autorizzazione alla prestazione richiesta a mezzo sms o e-mail, che dovrai portare con sé il giorno dell'appuntamento.</p>
Fase 2	<p>La Centrale Operativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettua controlli di natura amministrativa e medico assicurativa; - ti inoltra copia dell'autorizzazione tramite e-mail o codice di autorizzazione tramite SMS, specificando eventuali quote a tuo carico.
Fase 3	<p>Al momento della prestazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esibisci copia dell'autorizzazione ricevuta tramite e-mail o SMS; - salda alla Struttura Sanitaria esclusivamente le quote rimaste a tuo carico.

COSA FARE PER POTER OTTENERE L'INDENNIZZO IN CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE NON CONVENZIONATE RBM ASSICURAZIONE SALUTE	
Fase 1	Il medico dentista ti prescrive la/le prestazione/i da effettuare.
Fase 2	Esegui la prestazione presso una delle Strutture NON Convenzionate RBM Assicurazione Salute saldando in toto le spese per le prestazioni eseguite.
Fase 3	<p>Compila in ogni sua parte il Modulo di richiesta di indennizzo ed allega in fotocopia la seguente documentazione giustificativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prescrizione del medico dentista; - Fatture, notule e ricevute fatture quietanzate complete di imposta di bollo come da normativa vigente. Le richieste di rimborso dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso; - referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive dall'evento e idonea documentazione a supporto (OPT, radiografie e fotografie), in caso di infortunio. <p>Invia la documentazione a: RBM Assicurazione Salute S.p.A. Via E. Forlanini 24 31022 Preganziol – loc. Borgo Verde (TV)</p> <p>In alternativa potrai trasmettere on-line le richieste di indennizzo delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa accedendo alla tua area riservata dal sito www.previsalute.it.</p> <p>Le richieste di rimborso per cure dentarie dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso .</p>
Fase 4	<p>RBM Assicurazione Salute:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettua controlli di natura amministrativa e medico assicurativa; - provvede alla liquidazione della richiesta di indennizzo, eccetto eventuali quote a tuo carico.

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE
(nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente modulo dovrà pervenire, unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia, al seguente indirizzo:

FONDO SANITARIO APERTO PREVISALUTE
Ufficio Liquidazioni
Via E. Forlanini 24 – 31022 Preganziol (TV)

Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO

Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome _____ Nome _____

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

Tel _____ Cell (*) _____ E-mail _____

Azienda di appartenenza _____

(*) indicare un numero di telefono cellulare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", attraverso l'invio di un SMS; comunicando il numero di cellulare autorizzi l'invio di sms di promemoria e scadenze delle tue pratiche.

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

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

N.B.: Per il rimborso di cure odontoiatriche utilizzare l'apposito modulo "DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE ODONTOIATRICHE"

Si allegano **IN COPIA** le seguenti fatture (NB. La documentazione deve essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni normative):

	N° Fattura/Ricevuta	Ente Emittente	Data Fattura/ Ricevuta	Importo					
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

Totale richiesto

_____ , _____

Si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della

documentazione prodotta in copia, il Fondo Previsalute avrà la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.

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 FONDI O ASSICURATORI E RELATIVO N° DI POLIZZA*

IN CASO DI INFORTUNIO O INCIDENTE STRADALE 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

(in caso di incidente stradale) verbale dell'autorità giudiziaria

N° altri documenti allegati IN FOTOCOPIA (cartelle cliniche, certificati di degenza, scheda di dimissione ospedaliera, prescrizione medica contenente quesito diagnostico o patologia, altro) che sono acquisiti dal Fondo e/o dalla Compagnia e/o da altri soggetti che appartengono alla c.d. catena assicurativa (ad es. TPA – Third Party Administrator e strutture aderenti al network convenzionato): _____

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 del familiare _____

(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia

Ricevuta l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, ACCONSENTO al trattamento e 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, PreviSalute, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Società di servizi, eventuali Intermediari, Previmedical S.p.A., RBM Assicurazione 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)

