

COPERTURA INTEGRATIVA DIRIGENTI IN SERVIZIO FISDAF PROCEDURE OPERATIVE PER LA RICHIESTE DEI RIMBORSI IN FORMA DIRETTA E INDIRECTA

Di seguito si riporta la sezione II delle CDA (Condizioni di Assicurazione) al fine di informare il Socio FISDAF sulle modalità di accesso alle procedure di rimborso fruibili. Si invita sempre il Socio a prendere visione del SET INFORMATIVO completo consultabile sul sito FISDAF nella sezione dedicata alla Copertura Integrativa.

FORMA DIRETTA

a) Prima della prestazione

Sono previste 2 fasi: 1) richiesta del voucher 2) rilascio del voucher.

Fase 1: richiesta del VoucherSalute®

L'Assicurato **deve prima chiedere l'emissione del VoucherSalute® alla Centrale operativa** (attiva **24 ore su 24, 365 giorni l'anno**) **allegando la documentazione necessaria.**

Per poter ricevere la prestazione autorizzata, **l'Assicurato deve poi presentare alla Struttura sanitaria il VoucherSalute® e consegnare la prescrizione medica.**

L'Assicurato deve di volta in volta chiedere l'emissione del VoucherSalute® per ogni singola prestazione che deve eseguire (comprese le prestazioni odontoiatriche e terapie); non sono prese in considerazione richieste dirette delle strutture del Network.

Come chiedere il voucher

- con l'app mobile
- dal portale web
- per telefono al FISDAF **011.0058290**
- per telefono dall'Italia a Intesa Sanpaolo RBM Salute **800.991.78**
- per telefono dall'estero a Intesa Sanpaolo RBM Salute **0422.1744.229**
- via fax al numero Intesa Sanpaolo RBM Salute **0422.17.44.729**

Dati da fornire alla Centrale operativa

- cognome e nome, data di nascita e telefono di chi ha bisogno della prestazione o eventuali credenziali fornite da Intesa Sanpaolo RBM Salute
- prestazione da effettuare
- diagnosi o quesito diagnostico.

Documenti da trasmettere alla Centrale operativa

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, che contiene **il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia** per la quale è richiesta la prestazione specificata:

- **è necessaria la prescrizione del medico di base per:** alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e terapie fisiche
- prestazioni diverse da quelle sopra indicate, eccetto le cure odontoiatriche: la prescrizione deve essere fatta **da un medico diverso dal medico specializzato che effettua (direttamente o indirettamente) la prestazione;** se il medico che prescrive è anche quello che effettua le prestazioni, **è necessario il relativo referto**

- prestazioni diverse dalla garanzia Ricovero, dalle terapie e dalle analisi di laboratorio: per la Centrale operativa può essere sufficiente la sola lettura della prescrizione, senza che sia necessario trasmetterla in questa fase.

Non è richiesta per le prestazioni di prevenzione (sanitaria).

- **copia del certificato di prenotazione del ricovero**, o dell'autorizzazione al ricovero già rilasciata dalla Centrale operativa in caso di accesso al regime di Assistenza diretta, per richieste di autorizzazione di prestazioni pre-ricovero in regime di Assistenza diretta

- **in caso di infortunio devono essere presentati anche:**

- **referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'infortunio**; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l'Assicurato può chiedere, entro 7 giorni dall'infortunio, di essere visitato a sue spese da un medico legale indicato e incaricato da Intesa Sanpaolo RBM Salute. La spesa massima garantita della visita è di 55 euro e non può esserne richiesto il rimborso.

Le cure dentarie da infortunio devono essere **congrue con le lesioni subite** e l'infortunio deve **essere comprovato con idonea documentazione (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie)**; **è comunque sempre necessaria la prescrizione medica dell'odontoiatra.**

- se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo: **anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile.**

- **In caso di incidente stradale:** con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare anche **il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID** (constatazione amichevole);

- **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti** prima della prestazione, ove previsti dalla polizza e/o dal Regolamento del FISDAF, in caso di ricoveri medici, rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi similari, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, interventi odontoiatrici, interventi per obesità (per esempio sleeve gastrectomy e bypass gastrointestinali), intervento alla cataratta in persona inferiore a 60 anni, isteroscopia operativa per polipo endometriale

La Compagnia può richiedere ulteriori documenti se vi sono situazioni particolari che rendono necessari approfondimenti e valutazioni prima di procedere alla liquidazione del sinistro, per particolari esigenze istruttorie oppure al fine di adempiere a precise disposizioni di legge.

Come trasmettere i documenti:

- tramite portale web
- con l'app mobile
- via fax al numero **0422.17.44.729**.

Ricerca della struttura

- L'Assicurato può cercare la struttura sanitaria convenzionata dove effettuare la prestazione tramite la propria area riservata, l'app mobile o telefonando alla Centrale operativa
- se disponibili nel territorio, **sono individuate fino a 3 strutture convenzionate alternative** (in caso di ricovero, anche le équipe mediche) in grado di garantire **la prestazione entro 30 giorni dal rilascio del voucher**

- l'Assicurato conferma una delle strutture convenzionate proposte, o può individuarne una diversa; in quest'ultimo caso la Centrale operativa non garantisce che la prestazione sia eseguita entro 30 giorni dal rilascio del VoucherSalute®.

Per le prestazioni che hanno un limite massimo di giorni per poter essere usufruite (come le prestazioni post ricovero) o se è vicina la scadenza della copertura assicurativa, **si ricorda di chiedere per tempo il rilascio del VoucherSalute®** perché la sua validità in questi casi è condizionata ai minori giorni che mancano a raggiungere il limite previsto dalla garanzia o la fine della copertura.

Esempio: se le prestazioni post ricovero possono essere eseguite fino al 30 novembre e il VoucherSalute® è rilasciato il 10 Novembre, il voucher ha validità di 20 giorni per eseguire le prestazioni.

Se l'Assicurato non si attiva per tempo non è garantita l'esecuzione della prestazione entro 30 giorni e pertanto la copertura potrebbe non operare.

Fase 2: rilascio del VoucherSalute®

- **Se superati positivamente i controlli amministrativi e medico assicurativi della richiesta**, la Centrale operativa:

- rilascia all'Assicurato un **VoucherSalute® entro 2 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa**, dove sono evidenziate le eventuali spese a carico dall'Assicurato (per es.: franchigie, scoperti)
- può richiedere integrazioni alla documentazione sanitaria; **in tal caso il termine di 2 giorni decorre dal giorno di ricevimento della documentazione completa**
- invia il voucher all'Assicurato **per mail o sms (a seconda della scelta dell'Assicurato)** e alla struttura convenzionata. Se l'Assicurato non ha uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria deve scegliere come mezzo di ricezione del voucher la mail da stampare con un qualsiasi computer.

Validità e riemissione del VoucherSalute®

Il VoucherSalute® è valido 30 giorni dalla data di emissione.

Se è scaduto da massimo 7 giorni: l'Assicurato può chiederne la riemissione immediata entro 7 giorni di calendario dal giorno della scadenza tramite la propria Area Riservata o l'app Mobile senza dover allegare di nuovo la documentazione già trasmessa.

Se è scaduto da più di 7 giorni: l'Assicurato deve chiedere l'emissione di un nuovo Voucher Salute®, allegando di nuovo tutta la documentazione necessaria.

Il VoucherSalute® è rinnovabile dal 20° giorno dalla sua emissione al massimo per altre due volte, quindi con una validità complessiva di 90 giorni, a meno di limiti di permanenza in copertura che intervengano prima dei 90 giorni per raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia o per cessazione della copertura.

Esempio: il VoucherSalute® è emesso il 01/03/2021; a partire dal 20/03/2021 l'Assicurato che non lo ha ancora utilizzato potrà generarne uno nuovo che ha 30 giorni di validità dalla sua nuova emissione. Il primo VoucherSalute® non può più essere utilizzato. È consentita una ulteriore emissione del VoucherSalute®, per una validità di altri 30 giorni. In ogni caso, se il primo VoucherSalute® è stato emesso il 01/03/2021 la durata complessiva di validità, anche in caso di utilizzo di entrambe le possibilità di riemissione, non può superare la data del 29/05/2021, per un totale 90 giorni dal 01/03/2021).

Se la riemissione è richiesta prima che siano finiti i 30 giorni di validità (e comunque dal 20° giorno di emissione del voucher), gli eventuali giorni di validità non usufruiti sono persi.

Il voucher non può essere annullato dall'Assicurato. Se per motivi eccezionali l'Assicurato ha necessità di annullarlo, deve contattare la Centrale operativa.

Modifiche o integrazioni alle prestazioni

L'Assicurato deve comunicare in anticipo ogni modifica o integrazione alla prestazione autorizzata alla Centrale operativa, perché questa, se i controlli amministrativi e tecnico medici sono positivi, emetta un nuovo VoucherSalute®.

La preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale operativa per attivare il regime di Assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate non è necessaria nei soli casi di emergenza (→ qui sotto, par. b).

Segnalazione di nuove Strutture

Se hanno interesse per una struttura sanitaria che non è già parte del Network, gli Assicurati possono segnalare, perché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento.

È sufficiente proporre la candidatura a: ufficio.convenzioni@previmedical.it.

b) Eccezione: casi di urgenza medico-sanitaria (solo per la garanzia Ricovero)

Se è assolutamente impossibile contattare in anticipo la Centrale operativa

- L'Assicurato può chiedere il rilascio del voucher **entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione** dalla struttura convenzionata se è passato un numero minore di giorni
- L'Assicurato contatta la Centrale operativa che trasmette un modulo da far compilare alla struttura sanitaria dove l'Assicurato è ricoverato
- **il modulo compilato va ritrasmesso alla Centrale operativa allegando** il referto del medico che ha disposto il ricovero d'urgenza o, nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, redatti nelle 24 ore successive all'evento.

La valutazione finale sulla effettiva esistenza del requisito di gravità rispetto al singolo caso è comunque effettuata dalla Centrale operativa; l'attivazione della procedura d'urgenza è subordinata a tale valutazione.

La procedura d'urgenza non può essere attivata per ricoveri in regime di Assistenza diretta all'estero, per i quali l'Assicurato deve sempre ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale operativa.

c) La prenotazione

- Ottenuto il voucher, l'Assicurato prenota personalmente la prestazione nella Struttura convenzionata
- sulla piattaforma informatica messa a disposizione da Intesa Sanpaolo RBM Salute, la struttura sanitaria può vedere il VoucherSalute® emesso e lo può verificare in fase di prenotazione dell'appuntamento
- dalla stessa piattaforma la Struttura può confermare alla Centrale operativa la data di esecuzione della prestazione.

L'Assicurato non può fissare l'appuntamento con la Struttura convenzionata se non è già in possesso del VoucherSalute®; eventuali disservizi che derivano da una diversa modalità di contatto con la Struttura convenzionata comportano il mancato rilascio del VoucherSalute® e la mancata autorizzazione della prestazione sanitaria in regime di Assistenza diretta.

d) Dopo la prestazione

- L'Assicurato deve controfirmare la fattura emessa dalla Struttura convenzionata, in cui è esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (scoperti, franchigie, prestazioni non previste dalle CDA), e, in caso di ricovero, le spese non strettamente relative alla degenza (per esempio telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc.)

- Intesa Sanpaolo RBM Salute effettua il pagamento al Network delle spese indennizzabili a termini di polizza
- il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dalle CDA, è effettuato dopo aver ricevuto da parte della struttura sanitaria la fattura e la documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'Assicurato oppure alla Struttura convenzionata (prescrizione medica, diagnosi o quesito diagnostico, in caso di ricovero cartella clinica completa contenente anche la S.D.O., radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie,...).

Sono a carico dell'Assicurato eventuali somme non riconosciute dalle CDA (per es.: franchigie e scoperti, superamento di massimali).

Restituzione delle somme indebitamente pagate

In Assistenza diretta: se si accerta che la polizza non è valida o che ci sono condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione

- Intesa Sanpaolo RBM Salute ne dà comunicazione scritta all'Assicurato
- l'Assicurato deve
 - restituire a Intesa Sanpaolo RBM Salute tutte le somme che questa ha indebitamente pagato alla struttura e ai medici
 - oppure saldare direttamente sia la struttura che i medici.

FORMA INDIRECTA

Procedura di accesso alle prestazioni - Regime a Rimborso

La polizza integrativa opera a secondo rischio, ossia ad integrazione del fondo FISDAF. Intesa Sanpaolo RBM Salute riconoscerà le spese rimaste a carico dell'Assicurato dopo l'intervento del fondo FISDAF secondo quanto previsto dalla polizza in essere.

L'Assicurato dovrà inviare le richieste di rimborso al FISDAF, che effettuate le dovute valutazioni della pratica in ottemperanza del proprio Regolamento e Tariffario, invierà a Intesa Sanpaolo RBM Salute la pratica per le integrazioni di secondo rischio dovute all'Assicurato secondo quanto previsto dalla polizza in essere.