

**GUIDA OPERATIVA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE INTEGRATIVE AL FISDAF  
(REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA)**

**PREMESSA**

Il Contratto Collettivo di Lavoro per i dirigenti di aziende FCA e CNH Industrial rinnovato lo scorso 30 luglio prevede, all'art. 18 bis, l'attivazione dal 1° gennaio 2015 di una copertura sanitaria integrativa al FISDAF per tutti i dirigenti in servizio e per i loro familiari assistiti dal Fondo, che è stata regolata con accordo sindacale siglato lo scorso 11 dicembre.

La nuova copertura, direttamente correlata all'iscrizione al FISDAF e da questa inscindibile, è assicurata da RBM Salute S.p.A. e garantirà la copertura integrale (ovvero fino al 100% del valore della fattura) di qualsiasi prestazione sanitaria (ospedaliera, extraospedaliera ed odontoiatriche) prevista dal tariffario del Fondo sostenute in regime di assistenza diretta, con esclusione di quelle previste in caso di non autosufficienza.

Le prestazioni sanitarie garantite dalla copertura sanitaria integrativa di RBM Salute dovranno essere effettuate presso le strutture ed i professionisti del Network PREVIMEDICAL (<http://www.previmedical.it/network.html>)<sup>1</sup>, che l'assistito potrà scegliere e contattare direttamente per fissare l'appuntamento. L'utilizzo della forma diretta consentirà al dirigente ed al suo nucleo familiare di fruire delle prestazioni senza alcun esborso economico; per permettere al FISDAF di gestire correttamente la relativa pratica amministrativa l'Assistito, prima di effettuare la prestazione, dovrà contattare l'Ufficio informazioni del FISDAF o inviare un'email all'indirizzo [fisdaf.autorizzazioni@fcagroup.com](mailto:fisdaf.autorizzazioni@fcagroup.com) o effettuare, ove previsto, il processo di preattivazione come segnalato al punto "L'autorizzazione" delle singole prestazioni. In caso contrario, la struttura o il professionista prescelto non saranno in grado di "riconoscere" l'assistito e la prestazione relativa non potrà essere gestita dal FISDAF per la propria parte né potrà essere garantita l'operatività della copertura integrativa. In caso di ricovero ospedaliero, il contatto preventivo dovrà essere effettuato con almeno 48 ore di preavviso. In ogni caso per le emergenze mediche sarà possibile contattare il numero verde **800.99.17.81** operativo h.24, 7 gg. su 7.

Per quanto riguarda le prestazioni fruite presso il Ce.Me.Di., non sarà invece necessario il contatto preventivo con il FISDAF e resteranno quindi in vigore le attuali modalità di prenotazione e fruizione. Anche in questo caso, comunque, essendo il Ce.Me.Di. convenzionato con PREVIMEDICAL, troverà piena applicazione la copertura sanitaria integrativa di RBM Salute.

Resteranno in ogni caso possibili le prestazioni in forma rimborsuale, con scelta della struttura o del professionista anche al di fuori della rete di convenzionamento diretto PREVIMEDICAL, con pagamento da parte del dirigente e successiva richiesta di rimborso al Fondo; in questo caso non sarà però attivata la copertura sanitaria integrativa e della spesa risponderà solo il FISDAF in base al suo tariffario.

<sup>1</sup> La rete PREVIMEDICAL è presente anche all'estero. Si sottolinea tuttavia che la tipologia di copertura integrativa attivata dal FISDAF ha operatività nel Mondo Intero ma è fruibile esclusivamente dagli assistiti residenti in Italia.

## PROCEDURE OPERATIVE

La presente guida descrive le procedure operative che gli Assistiti dovranno seguire per accedere alle prestazioni assicurate da RBM Salute.

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

- a) **assistenza sanitaria diretta**: è riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario reso disponibile da Previmedical S.p.A., Società specializzata incaricata della gestione del Network, con pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assistito, il quale pertanto non deve anticipare alcuna somma fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti che rimangono a suo carico;
- b) **assistenza sanitaria mista**: in caso di prestazione mista ossia struttura convenzionata e equipe medica non convenzionata, la Società provvederà alla liquidazione degli onorari dei medici non convenzionati nel limite massimo della tariffa applicata alle equipe chirurgiche convenzionate come risultante dal **Tariffario PREVIMEDICAL 2010**.

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

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

Si precisa inoltre che per poter eseguire trattamenti fisioterapici e riabilitativi, intesi come tali le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza, è necessario avvalersi di medici o di professionisti forniti di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia. Dette prestazioni devono essere effettuate esclusivamente presso Centri Medici.

In ogni caso, tutte le informazioni relative al Vostro Piano Sanitario sono disponibili sul sito internet [www.fisdaf.it](http://www.fisdaf.it) ed il Network Sanitario è costantemente aggiornato e consultabile sul sito <http://www.previmedical.it/network.html>.

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

### **I. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA**

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l'Assistito **dovrà preventivamente contattare l'ufficio informazioni del FISDAF o inviare una e-mail all'indirizzo [fisdaf.autorizzazioni@fcagroup.com](mailto:fisdaf.autorizzazioni@fcagroup.com) per la presa in carico.**

In alternativa, ove previsto, l'Assistito **potrà preventivamente effettuare la preattivazione** attraverso una delle seguenti modalità:

- **accedendo alle funzionalità interattive disponibili nella propria Area Riservata del sito Previmedical;**
- **attraverso l'APP FISDAF avvalendosi della funzionalità denominata "Prenotazione on-line".**

A seguire, si fornisce il dettaglio dei passaggi procedurali da seguire, differenziati in ragione della tipologia di intervento richiesto.

## **A) RICOVERI ED INTERVENTI CHIRURGICI**

### **PRIMA DEL RICOVERO/INTERVENTO CHIRURGICO**

#### **A.1.1 L'AUTORIZZAZIONE**

**Prima di un ricovero o di essere sottoposto ad un intervento chirurgico, l'Assistito deve contattare preventivamente l'ufficio informazioni del FISDAF o inviare una e-mail all'indirizzo [fisdaf.autorizzazioni@fcagroup.com](mailto:fisdaf.autorizzazioni@fcagroup.com) per la presa in carico.**

**L'autorizzazione va richiesta al Fondo con un preavviso di almeno 48 ore lavorative.**

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

**La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 7 giorni (di calendario) per le prestazioni ospedaliere 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 7 giorni 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.**

Esempio – **prestazioni ospedaliere** - Qualora la richiesta di assistenza diretta ospedaliera pervenga alla Centrale Operativa 10 giorni (di calendario) prima dell'evento, la Centrale Operativa comunica all'Assistito l'esito della valutazione entro 7 giorni (di calendario) prima della data di ricovero o di intervento, ossia entro i 3 giorni successivi alla richiesta. Qualora la richiesta pervenga 4 giorni (di calendario) prima dell'evento, la Centrale Operativa garantisce risposta sull'esito della valutazione purché la richiesta pervenga entro 48 ore lavorative prima dell'evento.

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

L'Assistito dovrà **fornire al Front-end di FISDAF** le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- data della prestazione.

L'Assistito **dovrà inoltre trasmettere** :

- certificato medico attestante la prestazione ospedaliera da effettuare;
- diagnosi;
- il referto del Pronto Soccorso, nel caso di infortunio, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile.

L'autorizzazione sarà rilasciata dall'ufficio Middle-office di Previmedical S.p.A. (Centrale Operativa) sia per il primo rischio (copertura FISDAF) sia per il secondo rischio (polizza integrativa RBMS) nei limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata.

**In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa o il codice di autorizzazione ricevuto tramite SMS o e-mail.**

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

### A.1.2 ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA

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

Per l'attivazione della procedura d'urgenza, dovrà essere contattata la Centrale Operativa al **numero verde 800.99.17.81 (attivo H24 e 7 giorni su 7)** che provvederà a trasmettere apposito modulo da far compilare alla struttura sanitaria presso cui è eseguita la prestazione.

Il modulo compilato va trasmesso alla Centrale Operativa a mezzo fax (**0422.17.44.687**) allegando:

- prescrizione medica contenente il quesito diagnostico e il tipo di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità ed urgenza tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta, al fine di ottenere un'autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla normale procedura;
- nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile. Si precisa che non sono ammessi infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura e gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.

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

**Nel caso di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa**, l'Assistito potrà richiedere l'autorizzazione **entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero** e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata. Contestualmente l'Assistito dovrà provvedere ad inviare alla Centrale Operativa la documentazione come sopra indicato.

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

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

### A.1.3 MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA

Qualora l'Assistito acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva, la prestazione si considererà ricevuta in regime rimborsuale. La copertura sanitaria integrativa non potrà pertanto trovare applicazione e l'Assistito sarà rimborsato nella sola misura prevista dal Tariffario del FISDAF.

## DOPO IL RICOVERO/INTERVENTO CHIRURGICO

A prestazione avvenuta, l'Assistito dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate dal Piano Sanitario di riferimento), nonché le spese non strettamente relative alla degenza, come telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc..

Previmedical provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della struttura sanitaria della fattura e della documentazione medica richiesta (prescrizione medica, diagnosi e/o quesito diagnostico, cartella clinica contenente anche l'anamnesi prossima e remota).

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

### **B) VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE**

#### **B).1 CENTRI MEDICI NETWORK PREVIMEDICAL**

### PRIMA DI RICEVERE LA PRESTAZIONE

#### **B.1.1 L'AUTORIZZAZIONE**

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l'Assistito **dovrà preventivamente** attivare una delle seguenti modalità:

- **contattare l'ufficio informazioni del FISDAF o inviare una e-mail all'indirizzo [fisdaf.autorizzazioni@fcagroup.com](mailto:fisdaf.autorizzazioni@fcagroup.com) per la presa in carico;**
- **preattivarsi on-line attraverso le funzionalità interattive disponibili nella propria Area Riservata ;**
- **attraverso l'APP FISDAF avvalendosi della funzionalità denominata "Prenotazione on-line"**

In ogni caso per le emergenze mediche sarà possibile **contattare il numero verde 800.99.17.81**, operativo H24, 7 giorni su 7.

**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 extraospedaliere 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.**

**L'Assistito dovrà fornire le seguenti informazioni:**

- **cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;**
- **recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;**
- **data della prestazione;**
- **lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi e/o quesito diagnostico ove necessario.**

L'ufficio Middle-office di Previmedical S.p.A. (Centrale Operativa) verifica la posizione del richiedente da un punto di vista amministrativo, accertando, attraverso il proprio database gestionale, i seguenti dati:

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

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

Solo nel caso di analisi di laboratorio, la Centrale Operativa si riserva di richiedere al FISDAF l'invio, a mezzo mail, della prescrizione del medico curante.

L'autorizzazione sarà rilasciata dall'ufficio Middle-office di Previmedical S.p.A. (Centrale Operativa) sia per il primo rischio (copertura FISDAF) sia per il secondo rischio (polizza integrativa RBMS) nei limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata. Ad esempio in caso di richiesta di visite specialistiche non saranno riconosciute le prestazioni effettuate da medici generici.

L'Assistito, nell'ipotesi in cui l'analisi tecnico-medica compiuta dalla Centrale Operativa abbia avuto esito positivo, riceverà da quest'ultima l'autorizzazione alla prestazione extraospedaliera a mezzo mail o sms. La Centrale Operativa, effettuata con esito positivo l'analisi tecnico-medica, autorizza altresì a mezzo fax, telefono o flusso web la Struttura Convenzionata ad erogare la prestazione all'Assistito in regime di assistenza diretta, con conseguente pagamento da parte di Previmedical, dando evidenza di eventuali spese non previste dal Piano Sanitario, quali ad esempio le prestazioni di medicina alternativa o complementare, definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri come pratiche mediche "non convenzionali" (come chiropratica, osteopatia ecc.), ad eccezione di quelle espressamente previste in copertura.

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

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

#### B.1.2 MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA

Qualora l'Assistito acceda a Strutture Sanitarie Convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva, la prestazione si considererà ricevuta in regime rimborsuale. La copertura sanitaria integrativa non potrà pertanto trovare applicazione e l'Assistito sarà rimborsato nella sola misura prevista dal Tariffario del FISDAF.



### DOPO AVER RICEVUTO LA PRESTAZIONE

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

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

## **B).2 Ce.Me.Di. CONVENZIONE NETWORK PREVIMEDICAL**

### PRIMA DI RICEVERE LA PRESTAZIONE

#### B.1.1 L'AUTORIZZAZIONE

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l'Assistito **potrà recarsi direttamente presso lo sportello del Ce.Me.Di. che provvederà a richiedere per suo tramite la presa in carico.**

**L'Assistito dovrà fornire al Front-end del Ce.Me.Di. le seguenti informazioni:**

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- data della prestazione;
- lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi e/o quesito diagnostico ove necessario.

Solo nel caso di analisi di laboratorio, l'Assistito dovrà consegnare al Ce.Me.Di. la prescrizione del medico curante.

### DOPO AVER RICEVUTO LA PRESTAZIONE

A prestazione avvenuta, l'Assistito dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate dal Piano Sanitario di riferimento).

L'ufficio Back-office di Previmedical S.p.A. (Centrale Operativa) verifica la posizione dell'Assistito richiedente da un punto di vista amministrativo, accertando, attraverso il proprio database gestionale, i seguenti dati:

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



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

L'autorizzazione al pagamento sarà rilasciata dall'ufficio Back-office di Previmedical S.p.A. (Centrale Operativa) sia per il primo rischio (copertura FISDAF) sia per il secondo rischio (polizza integrativa RBMS) nei limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata. Ad esempio in caso di richiesta di visite specialistiche non saranno riconosciute le prestazioni effettuate da medici generici.

**Previmedical provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della Struttura Sanitaria della fattura completa e dell'eventuale ulteriore documentazione giustificativa.**

## C) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DA MALATTIA

### PRIMA DI RICEVERE LA PRESTAZIONE

#### C.1.1 L'AUTORIZZAZIONE

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l'Assistito **dovrà preventivamente** attivare una delle seguenti modalità:

- **contattare l'ufficio informazioni del FISDAF o inviare una e-mail all'indirizzo [fidaf.autorizzazioni@fcagroup.com](mailto:fidaf.autorizzazioni@fcagroup.com) per la presa in carico;**
- **preattivarsi on-line attraverso le funzionalità interattive disponibili nella propria Area Riservata;**
- **attraverso l'APP FISDAF avvalendosi della funzionalità denominata "Prenotazione on-line"**

**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 extraospedaliere 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.**

In occasione del primo sinistro nella struttura sanitaria convenzionata, il dentista provvederà all'effettuazione della prima visita e redigerà la "scheda anamnestica" relativa all'apparato masticatorio dell'Assistito, mentre le eventuali prestazioni necessarie saranno elencate nel relativo piano di cure.

Il dentista invierà alla Centrale Operativa di Previmedical:

- **l'eventuale piano di cure**, condiviso con l'Assistito, insieme ai referti, alle radiografie, ecc.

Successivamente all'esame di tale documentazione la Centrale Operativa provvederà ad inviare al Centro odontoiatrico convenzionato la "presa in carico" relativa alle prestazioni che rientrano in copertura.

La "presa in carico" varrà nei limiti temporali previsti, fino alla concorrenza dei massimali e nei limiti previsti nelle singole garanzie.

All'atto dell'effettuazione delle prestazioni, l'Assistito dovrà presentare al Centro odontoiatrico convenzionato un documento comprovante la propria identità e sottoscrivere la lettera di impegno.

La Centrale Operativa provvederà, nei limiti indicati nelle singole garanzie, a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni prese in carico. A tal fine l'Assistito delega Previmedical SpA a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assistito né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese restanti a suo carico per prestazioni non completamente pagate da Previmedical SpA, non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato, non prese in carico.

#### **DOPO AVER RICEVUTO LA PRESTAZIONE**

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

## **D) ACCESSO AI SERVIZI TRAMITE APP MOBILE DI FISDAF (dal 01/07/2015)**

### **D.1.1 APP MOBILE FISDAF**

RBM Salute rende disponibile una APP Mobile per FISDAF per accedere alle seguenti funzioni:

- visualizzazione e/o modifica dei dati anagrafici e di contatto;
- visualizzazione dei recapiti utili per contattare la Centrale Operativa;
- ricerca delle strutture convenzionate e delle equipe con Previmedical;
- visualizzazione dello status e dei dettagli inerenti le proprie pratiche;
- pre-attivazione delle prestazioni presso le strutture convenzionate con il Network Previmedical.

Per accedere alla APP gli Assistiti potranno effettuare il primo accesso utilizzando il proprio Codice Fiscale e la propria data di nascita.

### **D.1.2 LA PREATTIVAZIONE**

**L'Assistito, qualora disponga di uno smartphone (sistemi IOS, ANDROID)<sup>2</sup>, potrà installare gratuitamente dagli store elettronici (Apple Store, Play Store) la APP FISDAF ed effettuare la pre-attivazione per l'accesso in regime di assistenza diretta, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "Prenotazione on-line".**

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

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

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

E' possibile perfezionare ulteriormente la ricerca indicando inoltre:

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

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

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

Il sistema consente di avviare on-line la procedura di preattivazione mediante compilazione di appositi campi visualizzabili nella sezione denominata "Richiesta assistenza convenzionata on-line".

A questo punto l'Assistito, premendo il pulsante di conferma, invia alla Centrale Operativa la richiesta di preattivazione.

<sup>2</sup> Dal 1/9/2015 la APP FISDAF sarà disponibile anche per i dispositivi Windows Mobile

**E) ACCESSO AI SERVIZI TRAMITE AREA ISCRITTO SITO PREVIMEDICAL (dal 01/07/2015)**

**E.1.1 LA PREATTIVAZIONE ON-LINE**

L'Assistito, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la preattivazione con modalità telematiche accedendo alla propria Area Riservata dal sito <https://webab.previmedical.it/claim-assidairbm-iscritto/>. - AREA ISCRITTO, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "Prenotazione Ricoveri, Visite Ed Esami in Convenzione".

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

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

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

E' possibile perfezionare ulteriormente la ricerca indicando inoltre:

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

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

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

Il sistema consente di avviare on-line la procedura di preattivazione mediante compilazione di appositi campi visualizzabili nella sezione denominata "Richiesta assistenza convenzionata on-line".

A questo punto l'Assistito, premendo il pulsante di conferma, invia alla Centrale Operativa la richiesta di preattivazione.