

**VADEMECUM OPERATIVO
POLIZZA SANITARIA
RBM Assicurazione Salute**

POLIZZA SANITARIA GRUPPO EQUITALIA SpA - RBM Salute
istruzioni operative

Premessa

La presente polizza copre rimborsi esclusivamente in caso di malattie o infortuni. Sono pertanto esclusi i rimborsi per visite di controllo periodico (al di fuori di quelle espressamente previste dai protocolli sanitari, in caso di gravi patologie degenerative e/o invalidanti quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, gravi patologie cardiache, oncologiche e quant'altro). Non si potrà accedere, pertanto, ad alcun rimborso in assenza di certificazioni mediche contenenti **l'indicazione della diagnosi accertata o presunta di una patologia**.

Durata del contratto

La copertura del periodo assicurativo decorre dalla mezzanotte del 31 gennaio 2015 (ovvero dalle 00.00 del 1 febbraio 2015) al 31 gennaio 2018.

1) Soggetti assistibili

A. DIPENDENTI IN SERVIZIO del GRUPPO EQUITALIA e DIPENDENTI IN FONDO DI SOLIDARIETA' (ESODATI)

Possono accedere alle coperture previste dal Piano sanitario con pagamento del premio a carico dell'Azienda **i dipendenti a tempo indeterminato e a tempo determinato** (questi ultimi secondo le modalità di cui al punto 8) **di Equitalia S.p.A., Equitalia Giustizia S.p.A. e delle 3 Società Agenti della Riscossione Equitalia Nord, Equitalia Centro ed Equitalia Sud, nonché i dipendenti che fruiscono dei trattamenti del cosiddetto "Fondo di Solidarietà" (esodati) per tutto il periodo di permanenza nello stesso coincidente con la vigenza della polizza** (cfr. Tabella "Importi dei premi" al punto 5). **Sono escluse pertanto tutte le altre tipologie di contratto.**

- Sono assimilati ai dipendenti e pertanto sono coperti con Premio a carico Azienda i legali rappresentanti delle aziende del Gruppo (c.d. "Amministratori" e assimilati a questi ultimi), i membri dei Consigli di Amministrazione, anche se non dipendenti del Gruppo. Può essere estesa inoltre ai soggetti cessati da tali cariche nel corso dell'ultimo biennio (e relativi familiari), con premio a proprio carico, secondo gli importi e le opzioni indicate per i soggetti pensionati, **in base alle opzioni previste** nella Tabella di cui al punto 5.

In aggiunta ai soggetti sopraindicati **sono ricompresi nel premio a carico azienda:**

- **i relativi coniugi** (o conviventi *more uxorio*), **fiscalmente a carico;**
- **i figli finché fiscalmente a carico, anche se non conviventi.** Rientrano nella nozione di figli a carico anche i figli di età fino ai 30 anni non produttori di reddito, anche se non conviventi.

Inoltre la polizza **può essere estesa facoltativamente e con premio a carico del dipendente**:

al coniuge (o convivente *more uxorio*) e ai figli fiscalmente non a carico e agli altri familiari risultanti dallo stato di famiglia del dipendente (cfr. anche in tal caso la Tabella di cui al punto 5)

Per i **dipendenti esodati**, la copertura è attiva per tutto il periodo di permanenza nel Fondo di Solidarietà (Esuberi) di Settore coincidente con la vigenza delle coperture assicurative ed in caso di uscita del dipendente dal Fondo Esuberi in corso di vigenza della polizza (ad es., per accesso all'A.G.O.) le coperture saranno assicurate fino alla scadenza dell'anno assicurativo in corso.

B. MEMBRI DEL COLLEGIO SINDACALE E DEGLI ORGANISMI DI VIGILANZA

La Compagnia offre una copertura sanitaria specificatamente prevista per queste categorie di assicurati. Le condizioni contrattuali sono previste dal Fascicolo Informativo n. MOD.AP FI0229 - 01/2015.

C. PENSIONATI

Possono parimenti accedere alle coperture della Polizza gli **ex dipendenti titolari di pensione a partire dal 1° ottobre 2006**, i loro familiari (fiscalmente a carico e no) **con relativi premi a carico del pensionato stesso secondo gli importi e in base alle opzioni previste** nella Tabella di cui al punto 5 .

2) Modalità di esclusione/inclusione dei componenti del nucleo familiare nell'ambito delle tutele della polizza sanitaria

Nel dettaglio, relativamente ai **familiari non fiscalmente a carico** (con estensione cioè di copertura facoltativa a carico del dipendente) si ricorda che:

- A. qualora il dipendente decida di includere **tali soggetti**, quali **risultanti dallo Stato di famiglia**, essi **dovranno essere obbligatoriamente assicurati tutti**. A tal proposito sarà sufficiente l'autocertificazione del dipendente, ferma restando la facoltà - che la Compagnia e l'Azienda si sono riservate - di verificare tale dichiarazione mediante produzione del certificato di stato di famiglia anagrafico. E' essenziale pertanto che eventuali variazioni di tale status (ad es. membri della famiglia non più percettori di reddito, divorzio da coniuge con obbligo di assegno di mantenimento/alimenti ecc.) siano comunicate con la massima celerità. Per quanto ovvio, la copertura sarà valida fino alla scadenza dell'anno assicurativo in corso e il soggetto in argomento rientrerà nella polizza base a partire dall'anno successivo, previa comunicazione da parte del soggetto titolare della polizza principale, da effettuarsi al più presto e comunque entro i 60 giorni dalla decorrenza del nuovo anno assicurativo;
- B. i singoli membri del nucleo familiare facoltativamente coperti rimangono "legati" da un punto di vista assicurativo. E' possibile scegliere, ad ogni scadenza assicurativa annuale di non rinnovare la copertura, ma la decisione presa in tal senso dovrà riguardare tutti i membri non fiscalmente a carico del nucleo familiare;
- C. il principio sopra indicato trova eccezione solo nei casi in cui un singolo o più membri del nucleo non fiscalmente a carico siano interessati da un evento che in qualche modo ne modifichi lo status (ad es.: uscita dal nucleo familiare, passaggio come fiscalmente a carico, etc.) oppure, ad esempio, risulti successivamente coperto da altra polizza (perché acquistata in proprio, o perché assunto in azienda che prevede una copertura a beneficio dei dipendenti). In quest'ultimo caso, si dovrà comunque fornire prova alla

Compagnia della copertura sanitaria alternativa, o attraverso produzione di copia della polizza in caso di copertura individuale, o attraverso apposita dichiarazione dell'azienda in caso di polizza collettiva. Ciò consentirà di scorporare il familiare non fiscalmente a carico dal resto del nucleo (fiscalmente non a carico) e cessare il pagamento del premio aggiuntivo/facoltativo a partire dal nuovo anno assicurativo;

- D. nel caso si scegliesse, alle date in cui è necessario fornire l'opzione (che, si ricorda, coinciderà con la data del 28 febbraio di ogni anno, fermo il versamento del premio alla Cassa previsto entro il 31 marzo come da Art. 3.2 del Capitolato), di non rinnovare la copertura dei familiari non fiscalmente a carico, lo stesso/gli stessi non potranno rientrare in copertura negli anni successivi, ferme restando per quanto ovvio le eccezioni di cui alla lettera A del presente paragrafo 2;
- E. in caso di uscita dalla copertura facoltativa del nucleo familiare non fiscalmente a carico (o del singolo familiare, come da lettera C), non è dovuta formale disdetta. Basterà infatti non pagare più il premio corrispondente all'annualità successiva (la prima annualità di non copertura). Si consiglia comunque, per una migliore gestione, di fornire, in tal caso, una esplicita dichiarazione di disdetta.

3) Modifiche del nucleo familiare (dipendenti in servizio)

In merito alle modifiche del nucleo familiare in corso d'anno, rammentiamo che i nuovi familiari fiscalmente a carico (come nel caso di nascita figli, matrimonio o nuova convivenza) e i nuovi familiari fiscalmente non a carico dovranno essere comunicati dal dipendente interessato **entro 60 giorni dall'evento**. La garanzia partirà dalla data stessa dell'evento (nascita, matrimonio, data di inclusione nello stato di famiglia per i conviventi etc.).

Si precisa che variazioni dello status da familiare fiscalmente a carico a familiare non fiscalmente a carico e viceversa saranno attive a partire dal nuovo anno assicurativo.

Quanto premesso, si precisa che ogni richiesta di inclusione/variazione comunicate oltre il termine di 60 gg. non potranno essere accolte per tutto il periodo di vigenza dell'attuale piano sanitario.

4) Iscrivibilità alla copertura sanitaria per gli Amministratori/membri dei CdA delle Società del Gruppo

A tal proposito si specifica che se non si tratta di dipendenti, verranno iscritti dall'azienda presso la quale svolgono l'incarico. In caso di più incarichi, le società interessate potranno prendere accordi in merito (un criterio potrebbe comunque essere quello di far coprire l'onere all'azienda presso la quale sussiste l'incarico più risalente o principale);

5) Importi dei premi

Allegato "A" - NORME TARIFFARIE		
<u>Prestazioni sanitarie per i dipendenti in servizio ed esodati</u>		
Categoria	Tariffa	Garanzia
dipendente in servizio	Premio pro capite annuo pari a Euro 1.105,40	totale
coniuge, convivente more uxorio e figli fiscalmente a carico del dipendente	inclusi nel premio a favore del dipendente	totale
coniuge, convivente more uxorio, figli e familiari non fiscalmente a carico del dipendente	quote integrative a carico del dipendente: <ul style="list-style-type: none"> • familiare fino a 30 anni: Euro 224,61 annui • familiare da 31 a 45 anni: Euro 299,49 annui • familiare da 46 a 65 anni: Euro 449,22 annui • (solo per il coniuge o convivente more uxorio) familiare da 66 a 75 anni: Euro 623,94 annui 	totale
<u>Prestazioni sanitarie per i pensionati dal 01/10/2006</u>		
<i>Opzione "1"</i>		
Categoria	Tariffa	Garanzia
Pensionato età massima 75 anni	premio annuo pari ad Euro 1.466,49 a carico del pensionato	franchigie di cui all'art. a 6)
familiari fiscalmente a carico del pensionato	inclusi nel premio del pensionato	franchigie di cui all'art. a 6) ed esclusioni di cui all'art. b.4) del contratto di assicurazione.
familiari non fiscalmente a carico del pensionato	quote integrative per ciascun familiare a carico del pensionato: <ul style="list-style-type: none"> • familiare fino a 30 anni: Euro 233,60 annui • familiare da 31 a 45 anni: Euro 311,47 annui • familiare da 46 a 65 anni: Euro 467,19 annui • familiare da 66 a 75 anni: Euro 648,89 annui 	franchigie di cui all'art. a 6)
<i>Opzione "2"</i>		
Categoria	Tariffa	Garanzia
Pensionato età massima 75 anni	premio annuo pari ad Euro 1.466,49 a carico del pensionato	totale
familiari fiscalmente a carico del pensionato	quote integrative per ciascun familiare a carico del pensionato: <ul style="list-style-type: none"> • familiare fino a 30 anni: Euro 233,60 annui • familiare da 31 a 45 anni: Euro 311,47 annui • familiare da 46 a 65 anni: Euro 467,19 annui 	totale

	<ul style="list-style-type: none"> familiare da 66 a 75 anni: Euro 648,89 annui 	
familiari non fiscalmente a carico del pensionato	quote integrative per ciascun familiare a carico del pensionato: <ul style="list-style-type: none"> familiare fino a 30 anni: Euro 233,60 annui familiare da 31 a 45 anni: Euro 311,47 annui familiare da 46 a 65 anni: Euro 467,19 annui familiare da 66 a 75 anni: Euro 648,89 annui 	totale

6) Modalità e tempistica di pagamento del premio assicurativo

Entro il 31 marzo di ciascun anno assicurativo le Aziende Associate verseranno alla CASSA di Assistenza le somme interamente dovute a titolo di contributi, in funzione degli elenchi di Assistiti trasmessi.

Al ricevimento delle suddette somme - versate in nome e per conto delle Aziende Associate - la CASSA di Assistenza provvederà a versare gli importi dovuti alla Società a titolo di premio.

La Società, al momento della ricezione del premio, emetterà il Certificato applicativo.

Il pagamento del suddetto premio assicurativo viene disposto dall'Azienda solo per:

- 6.1 dipendenti in servizio a tempo indeterminato e a tempo determinato esclusi i familiari non fiscalmente a carico (in tal caso ciascuna Azienda fungerà da "collettore" dei relativi premi, aggiornerà le relative anagrafiche e opererà le necessarie trattenute in busta paga - anche a rate - secondo le modalità che sarà libera di adottare);
- 6.2 dipendenti che percepiscono i trattamenti del c.d. "Fondo esuberi" (qualora i dipendenti esodati volessero facoltativamente e con relativo premio a loro carico estendere la polizza ai familiari non fiscalmente a carico, gli stessi dovranno segnalare direttamente alla Cassa Previdir i nominativi del/dei familiare/i che si intende coprire e provvedere direttamente al pagamento dei relativi premi utilizzando apposita modulistica fornita da Previdir ;
- 6.3 i membri dei Consigli di Amministrazione saranno sempre gestiti direttamente dalle competenti strutture di ciascuna Società, anche se non dipendenti delle aziende (v. precedente punto 4);

Per quanto attiene invece alle altre categorie di soggetti, il pagamento dei premi avverrà secondo le seguenti modalità:

- 6.4 gli ex dipendenti in pensione(dal 1/10/2006) dovranno segnalare alla Cassa Previdir, utilizzando apposita modulistica, la composizione del proprio nucleo familiare e dovranno parimenti provvedere a versare alla medesima i relativi premi per sé e per il suddetto nucleo.

7) Modalità di calcolo del premio per i dipendenti assunti a tempo indeterminato in corso d'anno e criteri applicati anche al nucleo familiare del medesimo

Si chiarisce che se l'assunzione avviene nel **corso del primo semestre** dell'anno (1° febbraio - 31 luglio) **il premio verrà pagato per intero**, mentre in caso di assunzione **nel secondo semestre** (1° agosto - 31 gennaio) il premio dovuto sarà pari **al 60% del totale**. Si conferma comunque che, a fronte di ciò, i massimali applicati saranno in ogni caso riferiti all'intera annualità. Analogo principio varrà per i familiari non fiscalmente a carico.

Se un assistito non fiscalmente a carico compie in corso d'anno un'età per cui si modifica lo scaglione di premio, questo sarà ricalcolato solo nell'anno successivo.

8) Estensione della polizza ai dipendenti a tempo determinato

Di seguito vengono riportati i criteri operativi, da applicare ai dipendenti assunti con contratto a tempo determinato:

- vengono assicurati solo i dipendenti con contratto a tempo determinato **pari o superiore a 6 mesi**, con data certa di fine contratto (anche se prorogabile);
- i principi enunciati nel precedente alinea **escludono pertanto quei contratti che al proprio sorgere non hanno la fissazione di un termine preciso**, come ad esempio alcune sostituzioni di maternità;
- per i soggetti a tempo determinato da assicurare secondo i criteri che precedono, la copertura si estende ai familiari fiscalmente a carico, **ma non può essere estesa ai nuclei familiari non fiscalmente a carico**;
- il premio dovuto verrà calcolato in dodicesimi. Al premio dovuto verrà aggiunto $1,5/12$ di premio al periodo di copertura effettivo se il periodo assicurato cade all'interno dell'anno assicurativo, e $2/12$ per i periodi a cavallo di due annualità assicurative di polizza, in quanto gli assicurati avranno comunque a disposizione l'intero massimale annuo. In caso di frazioni di mese, il rateo verrà pagato per intero;

Esempio:

- a) copertura di 6 mesi all'interno della stessa annualità di polizza, premio pari a $7,5/12$ del premio annuo
 - b) copertura di 6 mesi a cavallo di due annualità assicurative di polizza, dal 1/11 al 30/4: premio pari a $5/12$ per la prima annualità e a $5/12$ per la seconda annualità;
- per la gestione e liquidazione dei relativi sinistri, questa tipologia di assicurati, avrà un proprio "flag" da indicare in anagrafica;
 - in merito alle possibili proroghe del contratto a tempo determinato, si specifica che come criterio generale le stesse non si sommano al periodo già lavorato ai fini della copertura del dipendente. Ciò vuol dire, ad esempio, che una proroga di tre mesi ad un contratto di quattro, pur superando per sommatoria i sei mesi, non determina per il collaboratore l'accesso alla copertura assicurativa;
 - il principio indicato nel precedente alinea ha una sola parziale eccezione, relativa al caso di **proroga che singolarmente considerata sia uguale o superiore ai sei mesi**. In questo caso, la stessa proroga può essere considerata - ai soli fini assicurativi - una sorta di contratto a sé stante, che darà quindi accesso alla copertura in polizza esclusivamente per il periodo della proroga (rimane quindi ferma l'indicazione della non cumulabilità fra primo contratto e proroga);

- in merito al pagamento delle proroghe assicurabili, in base ai criteri appena esposti, valgono gli stessi principi generali precedentemente enunciati, quindi con pagamento dei mesi effettivamente lavorati rientranti in copertura, più 1,5 o 2 mesi per ogni annualità assicurativa impattata dal periodo contrattuale coperto;
- si evidenzia inoltre che per i colleghi con contratto a tempo determinato ed i relativi nuclei familiari vale il principio dell'inserimento in anagrafica entro massimo **30** giorni dalla data di assunzione.

9) Cessioni di contratto

Per il principio sopra enunciato, anche in caso di cessione di contratto del singolo dipendente effettuata nel corso dell'annualità, non si determina alcuna variazione assicurativa sino al termine dell'annualità stessa. Pertanto, il caricamento anagrafico rimarrà riferito alla società cedente, così come gli oneri economici (salvo che le aziende raggiungano limitatamente a quest'ultimo aspetto intese di diverso tenore, ferme restando le regole già esistenti in azienda in materia di compensazione/ribaltamento dei costi amministrativi).

10) Ricovero in Day Hospital (sezione A 2 capitolato)

Con riferimento al paragrafo A4) del Capitolato di polizza si specifica che per Day Hospital si intende il ricovero in struttura di cura con dimissioni nello stesso giorno dell'ingresso. Pertanto non si darà corso a eventuali rimborsi di diaria, se previsti, per le suddette degenze poiché per ricovero deve intendersi sempre la permanenza nella struttura di cura (Ospedale, Clinica) con pernottamento.

11) Rimborso ticket - necessità di copia dell'impegnativa (sezione C 4 del capitolato)

In relazione al rimborso del ticket (Servizio Sanitario Nazionale), si ribadisce il principio generale della necessità ai fini del rimborso dell'impegnativa del medico (ovviamente in questo caso sarà sufficiente produrre fotocopia dell'impegnativa del medico di base).

12) Anticipi di prestazione

Il rimborso potrà essere effettuato solo a fronte dell'esecuzione della prestazione; pertanto non potranno essere richiesti i rimborsi per fatture relative ad anticipi di prestazione.

13) Franchigie e scoperti (sezione A 6 del capitolato)

13.1 Scoperti e/o franchigie per prestazioni determinate da un unico evento

Con riferimento alle richieste di rimborso per trattamenti diversi ma che possono essere ricondotti ad un unico evento sinistroso (si raccomanda ancora una volta ai dipendenti di ottenere dai medici curanti chiare e inequivoche indicazioni relativamente alla patologia riscontrata ed ai trattamenti cui è necessario fare ricorso) si specifica che, al fine di un corretto rimborso delle prestazioni sanitarie in parola facenti riferimento ad un unico evento, è fortemente consigliato trasmettere tutta la documentazione completa, anche se riferita a tempi diversi e a più prestazioni sanitarie con rispettive fatture, con un unico invio al termine dell'evento.

14) Parto Cesareo programmato (sezione A 2 del capitolato)

Si specifica che in caso di parto cesareo programmato il massimale previsto al paragrafo A2) del capitolato tecnico (€ 8.000) non deve applicarsi, e quindi l'intervento dovrà essere sottoposto alle medesime franchigie e massimali degli ordinari interventi chirurgici qualora la programmazione del suddetto cesareo risponda alla necessità di salvaguardare l'incolumità della madre e/o del nascituro per motivazioni clinicamente oggettive e certificabili, ancorché non urgenti. In altre parole, le motivazioni alla base della scelta chirurgica, anche se non presentano caratteristiche di urgenza immediata, devono essere comunque ineludibili per evitare, anche potenzialmente, rischi alla salute dei soggetti coinvolti.

Si specifica per quanto ovvio che per tutti i parti cesarei (programmati o effettuati per necessità cliniche non prevedibili) praticati presso strutture Pubbliche con costo totalmente a carico del SSN potranno essere richieste le diarie come per gli altri interventi chirurgici.

15) Convenzionamento c.d. "misto"

Nel caso in cui si ricorra alla forma di assistenza convenzionata mista, il 100% del rimborso verrà riconosciuto solo a quella parte dei trattamenti rientranti in convenzione diretta, cioè all'interno della rete convenzionata, assoggettando invece ai dovuti scoperti e franchigie i trattamenti non rientranti nella convenzione diretta. Se, ad esempio, l'assistito si rivolga ad un centro convenzionato, ma si avvalga di equipe medico – chirurgiche non convenzionate, verrà attivata l'assistenza diretta (con riconoscimento del 100% della spesa e senza esborsi preventivi) solo per il centro convenzionato, mentre per le sole prestazioni dovute alla equipe medica fuori rete, verranno applicati gli scoperti e le franchigie come per assistenza indiretta.

16) Cure dentarie e prevenzione odontoiatrica (paragrafo B 4 del capitolato) – da rivedere a cura Previmedical/Previdir

- **Tariffa Ordine dei Medici (T.O.M.):**
Il cosiddetto T.O.M., utilizzato da Previmedical per i rimborsi delle spese dentarie, può essere consultato dagli assistiti attraverso il sito dedicato oltre che per il tramite del call center dedicato la struttura specializzata che si occupa anche dell'attivazione delle prestazioni medico dentistiche in convenzione.
- **Seduta di igiene orale:**
Viene ribadito che **una seduta di igiene orale (gratuita) è prevista una volta l'anno per ogni persona del nucleo familiare solo presso i dentisti convenzionati.** Fuori dalla convenzione tale intervento non è rimborsabile, neanche in base al suindicato T.O.M. Unica eccezione al suddetto principio è se la medesima seduta viene effettuata presso le strutture del SSN. In tal caso il rimborso del ticket viene autorizzato.
- **Spese odontoiatriche fuori rete**
Fermo restando quanto già riportato al punto **14)** in merito a modalità di rimborso e modulistica da utilizzare in caso di interventi effettuati fuori della rete dei dentisti convenzionati, si rammenta che il massimale di rimborso per tali interventi è di euro

2.200,00 anno/nucleo con franchigia di euro 150,00 anno/nucleo (cfr. punto B4 dell'Allegato 1 - contratto normativo e capitolato di polizza).

- **Spese odontoiatriche in rete**

- a. Si precisa che il T.O.M., il massimale e la franchigia di cui al precedente paragrafo sono applicabili anche alle spese odontoiatriche in rete, per cui **la franchigia è prevista anche per i dentisti in convenzione.**
- b. La sostanziale differenza tra le due modalità è che per le spese in rete il dipendente non deve anticipare l'intero importo in attesa di rimborso della quota spettante (così come avviene nel caso di prestazione fuori rete), ma deve effettuare solo l'esborso come di seguito individuato, e sempre nei limiti della franchigia (euro 150,00 anno/nucleo) e del massimale (2.200,00 euro anno/nucleo).
Infatti la tariffa del T.O.M. viene applicata anche dal dentista in convenzione, che però pratica tariffe mediamente più basse rispetto a quelle del mercato. In base a ciò, pertanto, un dipendente che usufruisca della prestazione di un dentista convenzionato dovrà pagare in proprio la sola differenza tra il 155% del Tom riferibile all'intervento effettuato e la complessiva parcella del dentista. Ciò ovviamente oltre la franchigia.
Conseguentemente RBM Salute pagherà in via diretta al dentista in convenzione l'equivalente del 155% del T.O.M. relativo all'intervento effettuato.
- c. Se le cure dentistiche avvengono con dentisti diversi ma sempre in convenzione, ovviamente il massimale rimane fermo alla prevista cifra dei 2.200,00 euro; per tali rimborsi in rete, infatti, Previmedical scomputerà di volta in volta gli interventi fatti sul medesimo massimale annuo. Ciò vale anche in caso di prestazioni effettuate dal medesimo dipendente con dentisti sia in rete sia non convenzionati.
- d. Il dentista in convenzione oltre ad applicare tariffe mediamente più economiche fornisce un preventivo del costo degli interventi da svolgere che viene rilasciato al dipendente nel corso del primo incontro per consentire una compiuta valutazione della complessiva convenienza della prestazione. Tale preventivo (che serve come richiesta di autorizzazione a RBM salute per l'inizio dell'intervento) reca già una precisa indicazione di quale sarà l'importo a carico del dipendente e di quanto, invece, rimarrà onere dell'Assicurazione.

Per far aderire il proprio dentista alla convenzione con Previmedical è necessario inviare una e-mail all'indirizzo ufficio.convenzioni@previmedical.it, in alternativa ci si può rivolgere anche al numero verde.

17) Rimborso lenti (sezione C 2 del capitolato)

Ricordiamo inoltre che i rimborsi relativi alle lenti verranno riconosciuti **solo a fronte di una variazione del "visus"**, che dovrà ovviamente risultare dalla documentazione che verrà prodotta per la richiesta di rimborso o, in caso di prima dotazione di occhiali, di prescrizione attestante la necessità di lenti correttive (la dichiarazione potrà essere rilasciata anche da

un tecnico optometrista). Per quanto ovvio, si specifica che la polizza non copre la spesa relativa alla montatura, per cui si consiglia vivamente di presentare a rimborso documentazione dalla quale si evinca in modo chiaro il costo delle sole lenti. Si specifica infine, per quanto ovvio, che lenti a contatto e occhiali sono presidi che possono essere adoperati esclusivamente in maniera alternativa. Non potranno pertanto mai essere rimborsate lenti e al contempo lenti a contatto facenti riferimento al medesimo difetto da correggere, nell'ambito comunque dei massimali previsti dal capitolato tecnico.

Si ricorda ancora una volta, infine, che è necessario sempre tenere distinti gli importi per le lenti da quelli delle montature. Qualora ciò non sia correttamente riportato in fattura non si darà luogo ad alcun rimborso.

18) Spese per protesi anatomiche e apparecchi acustici (sezione C3 Capitolato)

La dizione di apparecchi protesici e sanitari, nell'ambito delle prestazioni post ricovero e no, deve essere ricondotta ad una delle voci di cui allegato n.1 "Nomenclatore degli ausili tecnici di serie".

Quanto premesso, si precisa che saranno ritenuti rimborsabili tutti gli ausili sanitari prescritti da medico sempre a fronte di patologie diagnosticate acute, o necessari a seguito di intervento ovvero, di converso, quali necessari a fronte di patologie croniche invalidanti.

19) Riconoscimento terapia agopuntura (art. 4.3 punto 7)

Si conferma il rimborso per le spese sostenute per l'effettuazione di tali terapie, purché effettuate da medico, così come previsto nelle condizioni di polizza .

Nelle cause di esclusione dalla garanzia viene indicata infatti "l'agopuntura" non effettuata da medico (chirurgo) ne consegue che la stessa terapia per avere diritto a rimborso dovrà essere effettuata da medico chirurgo, anche se non specialista.

20) Diaria (in sezione A1 e A 4) del capitolato)

L'indennità sostitutiva (€ 100 giornalieri per un massimo di 150 giorni qualora tutte le spese relative al periodo di ricovero ospedaliero – con o senza intervento - siano a totale carico del SSN) viene riconosciuta in alternativa a tutte quelle spese e/o oneri sostenuti inerenti e strettamente connessi al ricovero.