

## **GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE - REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA, MISTA E REGIME RIMBORSUALE/INDENNITARIO -**

La presente guida descrive le procedure operative che gli Assistiti dovranno seguire per accedere alle prestazioni assicurate da RBM Assicurazione 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; qualora l'Assistito fosse autorizzato a ricevere una prestazione presso una Struttura Convenzionata con il Network Previmedical, ma l'équipe medica non lo fosse (**c.d. Prestazioni Miste**), con riferimento agli onorari dell'équipe non convenzionata Previmedical, qualora tale regime sia presente nel proprio Piano Sanitario, Previmedical provvederà alla liquidazione secondo la modalità indicata al punto b) nei limiti degli importi previsti dal Tariffario Previmedical (ed. 2010). Si applicano in ogni caso eventuali scoperti e/o franchigie previsti dal Piano Sanitario;
- b) assistenza sanitaria rimborsuale/indennitario:** è riconosciuto agli Assistiti il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte dai medesimi e non rientranti nell'ambito del network sanitario reso disponibile (fatta salva l'ipotesi di accesso al network senza aver provveduto a contattare preventivamente la Centrale Operativa), o indennizzi nei limiti prestabiliti dal proprio Piano Sanitario.

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

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.

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 presso Centri Medici.

In ogni caso, tutte le informazioni relative al Vostro Piano Sanitario sono disponibili e costantemente aggiornate anche sul sito internet [www.enasarco.it](http://www.enasarco.it).

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

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

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

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

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

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

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

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 E MISTA

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta o mista limitatamente alla garanzia “Grandi Interventi Chirurgici” di cui all’art. 26 delle Condizioni generali di Assicurazione, l’Assistito **dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa** di Previmedical S.p.A., quale Service Amministrativo di RBM Assicurazione Salute., per ottenere la relativa autorizzazione.

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

**In caso di mancata presentazione all’appuntamento si prega di darne pronta comunicazione alla Centrale Operativa.**

### **A) RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

#### **PRIMA DEL RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO**

##### **A.1.1 L’AUTORIZZAZIONE**

**Prima** di un ricovero per Grande Intervento chirurgico, l’Assistito **deve contattare preventivamente la Centrale Operativa**, per ricevere da quest’ultima l’autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta o mista.

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

- **800.99.17.76** da telefono fisso (numero verde);
- **199.28.71.66** da telefono cellulare (numero a tariffa agevolata);
- **0039 0422.17.44 .225** per chiamate dall’estero.

L’Assistito avrà inoltre a disposizione la mail dedicata [assistenza.enasarco@previmedical.it](mailto:assistenza.enasarco@previmedical.it) per richieste di informazioni.

**L’autorizzazione va richiesta alla Centrale Operativa con un preavviso di 48 ore lavorative.**

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

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 7 giorni (di calendario) per le prestazioni ospedaliere, ridotti a 3 per le prestazioni extraospedaliere e 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 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 la Centrale Operativa.

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

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

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

L'Assistito **dovrà trasmettere via fax**, al numero **0422.17.44.725**, alla Centrale Operativa:

- prescrizione della prestazione da effettuare;
- diagnosi;

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

L'autorizzazione sarà rilasciata dalla Centrale Operativa nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e 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.**

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 LA PREATTIVAZIONE

**L'Assistito, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la preattivazione con modalità telematiche accedendo alla propria area riservata dal sito [www.enasarco.it](http://www.enasarco.it) - AREA ISCRITTO, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "Richiesta di Autorizzazione Assistenza Convenzionata On-line".**

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

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

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

E' possibile perfezionare ulteriormente la ricerca indicando inoltre:

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

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

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

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

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

### A.1.3 ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA

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

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

Il modulo compilato va trasmesso alla Centrale Operativa a mezzo fax **(0422.17.44.725)** 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.1.4 MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA

Qualora l'Assistito acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione si considererà ricevuta in regime di assistenza sanitaria in forma rimborsuale, con pagamento anticipato da parte dell'Assistito e rimborso al medesimo, se previsto dal proprio Piano Sanitario, nei termini e limiti da questo previsti.

#### A.2 LA PRENOTAZIONE

Ferma rimanendo la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa, di cui al precedente paragrafo A.1, con riferimento alla prenotazione delle prestazioni, l'Assistito dovrà effettuarla per il tramite della Centrale Operativa, La Centrale Operativa, provvederà a fornire all'Assistito un'informativa telefonica, a mezzo fax, e-mail o sms della prenotazione effettuata.

### **DOPO IL RICOVERO PER GRANDE 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 PRE E POST RICOVERO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

**PRIMA DI RICEVERE LA PRESTAZIONE**

**B.1.1 L'AUTORIZZAZIONE**

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

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

- **800.99.17.76** da telefono fisso (numero verde);
- **199.28.71.66** da telefono cellulare (numero a tariffa agevolata);
- **0039 0422.17.44 .225** per chiamate dall'estero.

L'Assistito avrà inoltre a disposizione la mail dedicata [assistenza.enasarco@previmedical.it](mailto:assistenza.enasarco@previmedical.it) per richieste di informazioni.

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

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

**La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 7 giorni (di calendario) per le prestazioni ospedaliere, ridotti a 3 per le prestazioni extraospedaliere e 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 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 extraospedaliere - Qualora la richiesta di assistenza diretta extraospedaliera pervenga alla Centrale Operativa 5 giorni (di calendario) prima dell'evento, la Centrale Operativa comunica all'Assistito l'esito della valutazione entro 3 giorni (di calendario) prima della data della prestazione extraospedaliera, ossia entro i 2 giorni successivi alla richiesta. Qualora la richiesta pervenga 3 giorni (di calendario) prima dell'evento, la Centrale Operativa garantisce risposta sull'esito della valutazione purché la richiesta pervenga entro 48 ore lavorative prima dell'evento.

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

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

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

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- data della prestazione;
- lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi e/o quesito diagnostico
- il referto del Pronto Soccorso, nel caso di infortunio, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile.

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

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

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

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

L'autorizzazione sarà rilasciata dalla Centrale Operativa nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e 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 fax o sms o flusso web. La Centrale Operativa, effettuata con esito positivo l'analisi tecnico-medica, autorizza altresì a mezzo fax, telefono o flusso web la Struttura Convenzionata ad erogare la prestazione all'Assistito in regime di assistenza diretta o mista, 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 LA PREATTIVAZIONE

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

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

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

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

E' possibile perfezionare ulteriormente la ricerca indicando inoltre:

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

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

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

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

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

### **B.1.3 ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA**

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

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

Il modulo compilato va trasmesso alla Centrale Operativa a mezzo fax (**0422.17.44.725**) allegando:

- prescrizione medica contenente il quesito diagnostico e il tipo di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità ed urgenza tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta, al fine di ottenere un'autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla normale procedura;

- nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento, in quanto deve essere oggettivamente documentabile.

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

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

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

#### **B.1.4 MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA**

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

#### **B.2 LA PRENOTAZIONE**

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

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

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

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

## II. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME RIMBORSUALE/INDENNITARIO

### A.1 COME CHIEDERE IL RIMBORSO/INDENNIZZO

Per ottenere il rimborso/indennizzo l'Assistito dovrà presentare denuncia tassativamente entro 90 giorni dal verificarsi dell'evento, inviando il “Modulo di denuncia sinistro” scaricabile dal sito [www.enasarco.it](http://www.enasarco.it), unitamente a fotocopia della seguente documentazione giustificativa richiesta:

#### 1. Ricovero con intervento

- a. “Modulo per la denuncia del sinistro” compilato e firmato in ogni sua parte, scaricabile dal sito [www.enasarco.it](http://www.enasarco.it);
- b. copia conforme della cartella clinica completa della scheda di dimissioni ospedaliera (SDO);
- c. in caso di intervento chirurgico ambulatoriale è sufficiente la copia completa della documentazione clinica e/o del referto operatorio

#### 2. Ricovero senza intervento

- a. “Modulo per la denuncia del sinistro” compilato e firmato in ogni sua parte, scaricabile dal sito [www.enasarco.it](http://www.enasarco.it);
- b. copia conforme della cartella clinica completa della scheda di dimissioni ospedaliera (SDO);

#### 3. Indennità di degenza domiciliare a seguito di malattia o infortunio

- a. “Modulo per la denuncia del sinistro” compilato e firmato in ogni sua parte, scaricabile dal sito [www.enasarco.it](http://www.enasarco.it);
- b. in caso di ricovero copia conforme della cartella clinica completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) dalla quale risulti la prescrizione della degenza domiciliare;
  - a. certificati attestanti i cicli di Radio o Chemioterapia (ogni ciclo di Radio o Chemioterapia dovrà essere accompagnato da un certificato di degenza domiciliare);



- b. in caso di infortunio descrizione dettagliata della modalità evento (descrizione dell'infortunio) e certificato di Pronto Soccorso dal quale risulti la prescrizione della degenza domiciliare;
- c. certificato di rimozione della gessatura e/o dell'apparecchio immobilizzante;
- d. certificati attestanti tutto il periodo di degenza domiciliare (l'eventuale prolungamento della degenza domiciliare potrà essere prescritto anche dal medico curante intendendo per tale o il medico specialista o il medico di base);
- e. certificato di guarigione.

#### **4. Grande intervento chirurgico a seguito di malattia o infortunio**

- a. "Modulo per la denuncia del sinistro" compilato e firmato in ogni sua parte scaricabile dal sito [www.enasarco.it](http://www.enasarco.it);
- b. copia conforme della cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (SDO);
- c. copia delle fatture e delle notule di spesa regolarmente quietanzati;
- d. copia delle prescrizioni relative agli accertamenti, agli esami clinici, alle visite, ai medicinali, ai trattamenti fisioterapici e rieducativi, alle cure termali con relative copie delle fatture o delle notule di spesa quietanzate, relative alle spese pre e post ricovero;

Tutta la documentazione relativa alle prestazioni precedenti e successive al grande intervento chirurgico e ad esso connessa, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

#### **5. Indennità Parto**

- a. "Modulo per la denuncia del sinistro" compilato e firmato in ogni sua parte, scaricabile dal sito [www.enasarco.it](http://www.enasarco.it);
- b. copia del certificato di nascita del neonato;

#### **6. Invalidità permanente da infortunio**

- a. "Modulo per la denuncia del sinistro" compilato e firmato in ogni sua parte, scaricabile dal sito [www.enasarco.it](http://www.enasarco.it);

- b. dichiarazione contenente l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento;
- c. certificato di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma comprensivo delle consulenze specialistiche, degli esami strumentali e degli accertamenti radiologici effettuati;
- d. in caso di sinistro conseguente ad un atto violento, copia del verbale redatto dagli organi di polizia per l'Autorità giudiziaria;
- e. copie conformi delle cartelle cliniche in caso di ricoveri e certificazioni mediche successive ai ricoveri con indicazione del relativo decorso clinico;
- f. nel caso sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o invalidità civile è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito.

## **7. Morte da Infortunio**

- a. "Modulo per la denuncia del sinistro" compilato e firmato in ogni sua parte, scaricabile dal sito [www.enasarco.it](http://www.enasarco.it);
- b. certificato di morte dell'Isritto con indicazione della data di nascita;
- c. stato di famiglia;
- d. copia conforme della cartella clinica completa e/o certificato di Pronto Soccorso e/o relazione medica completa, indicanti anche la causa del decesso;
- e. in caso di morte violenta copia del verbale redatto dagli organi di polizia per l'Autorità giudiziaria.

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

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

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

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

L'Assistito avrà inoltre a disposizione la mail dedicata [assistenza.enasarco@previmedical.it](mailto:assistenza.enasarco@previmedical.it) per richieste di informazioni e chiarimenti sui sinistri.

E' inoltre disponibile la mail dedicata [infortuni.enasarco@previmedical.it](mailto:infortuni.enasarco@previmedical.it) per richieste di informazioni ed integrazione documenti per le garanzie invalidità permanente da infortunio e morte da infortunio.

## A.2 LA RICHIESTA DI RIMBORSO CARTACEA

L'assicurato, per ottenere la liquidazione del sinistro, dovrà presentare denuncia redatta su apposito modello corredata della documentazione medica richiesta in **fotocopia entro 90 giorni dal verificarsi dell'evento, pena la decadenza del diritto al risarcimento**, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento o con raccomandata a mano.

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

## FONDAZIONE ENASARCO

**RBM Assicurazione Salute – Ufficio liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.**

Via E. Forlanini, 24 – Località Borgo Verde – 310022 Preganziol (TV)

### A.3 LA RICHIESTA DI RIMBORSO ON-LINE

In alternativa alla procedura di cui alla precedente lettera A.2, l'Assistito, se in possesso dei dati di accesso (login e password) potrà **trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso** delle prestazioni sanitarie ricevute, **unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa**. A tal fine l'Assistito dovrà accedere alla propria area riservata dal sito [www.enasarco.it](http://www.enasarco.it) (AREA RISERVATA).

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

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

### A.4 LA RICHIESTA DI RIMBORSO TELEMATICA

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

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

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

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

### **B. LA CONSULTAZIONE ON-LINE DELLA PROPRIA PRATICA**

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

In particolare, verranno rese disponibili le seguenti informazioni:

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

### **C. SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"**

E' a disposizione il servizio "**SEGUI LA TUA PRATICA**"; l'Assistito dovrà semplicemente indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso. In questo modo, l'Assistito riceverà automaticamente a mezzo SMS tutte le informazioni relative alla propria pratica di liquidazione. In particolare, a seguito dell'attivazione del servizio, l'Assistito riceverà una notifica di aggiornamento dello stato di elaborazione della sua pratica in relazione ai seguenti step operativi del processo di pagamento rimborsi:

- avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
- avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso;

- eventuale sospensione della pratica di rimborso, qualora la documentazione allegata alla domanda di rimborso risulti incompleta;
- eventuale reiezione per non indennizzabilità della domanda di rimborso.

#### D. ACCESSO A “GATE 179”

Accedendo alla propria Area Riservata dal sito [www.rbmsalute.it](http://www.rbmsalute.it) - AREA POLIZZE, l'Assistito può consultare 24 ore su 24 le proprie coperture attive, le condizioni contrattuali e monitorare lo stato dei pagamenti e delle prossime scadenze, tenendo in tal modo costantemente sotto controllo la propria posizione assicurativa con garanzia della tutela della riservatezza delle informazioni rese disponibili mediante tale strumento.

L'applicazione web di RBM ASSICURAZIONE SALUTE per l'accesso a questi dati si chiama “GATE 179”.

Coloro che sono già registrati nell'AREA RISEVATA come utenti per la gestione on line dei sinistri – AREA ISCRITTO - potranno utilizzare le medesime credenziali di accesso che possiedono per entrare nell'Area Riservata POLIZZE dal sito [www.rbmsalute.it](http://www.rbmsalute.it).

Coloro che invece non sono già registrati come utenti, potranno ricevere le credenziali di accesso all'Area Riservata selezionando l'apposito link presente in Homepage ed effettuando una registrazione mediante una semplice procedura guidata.

Qualora la procedura di autoregistrazione non riuscisse, login e password per accedere all'Area Riservata potranno essere richieste al servizio di Help Desk, scrivendo all'indirizzo e-mail [assistenza@rbmsalute.it](mailto:assistenza@rbmsalute.it) o contattando il numero 199 288 050 (numero a pagamento per il solo costo di tariffazione ordinaria del proprio operatore telefonico per chiamate da rete fissa e mobile). Il servizio di Help Desk è attivo dalle 9:00 alle 12:30 e dalle 14:30 alle 17:30.

GATE 179 è attivo a decorrere dai termini previsti dalla normativa vigente in materia.

#### E. ACCESSO AI SERVIZI TRAMITE APP MOBILE DI RBM ASSICURAZIONE SALUTE

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

- visualizzazione e modifica dei dati anagrafici e di contatto;

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

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