

LINEE GUIDA DEL FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL GRUPPO INTESA SANPAOLO

ARGOMENTO	RIFERIMENTO NORMATIVO	INTERPRETAZIONE UFFICIALE
IMPOSTA DI BOLLO	<i>PRINCIPI GENERALI: Il "Fondo Sanitario" rimborsa direttamente o indirettamente, gli oneri economici sostenuti dagli iscritti, in Italia od all'estero, in dipendenza di eventi patologici qualificati come malattia o come infortunio.</i>	L'imposta di bollo non è rimborsabile. Sono ammessi al rimborso anche i documenti di spesa con imposta di bollo non assolta.
PRESCRIZIONE/ CERTIFICAZIONE DELLA PRESTAZIONE	<i>DOCUMENTAZIONE: A fini di rimborso ogni prestazione deve essere prescritta o certificata da un medico e deve essere effettuata da medico o presso struttura clinica, fatta eccezione per le spese infermieristiche, assistenziali ed ostetriche, per quelle fisioterapiche e rieducative, nonché per le psicoterapie effettuate da psicologi iscritti all'albo e le cure dentarie effettuate da odontoiatra.</i>	La prestazione deve essere prescritta da medico solo quando è effettuata da professionista non medico o professionista non iscritto ad albo professionale (gli esami ed accertamenti diagnostici necessitano sempre di prescrizione). Quando la prestazione è eseguita da medico specialista o da professionista iscritto al relativo albo professionale è sufficiente la certificazione della prestazione effettuata da parte dello stesso (es: psicologo, odontoiatra, fisioterapista, ecc...), con l'indicazione dell'albo ed il relativo numero d'iscrizione.
PATOLOGIA	<i>PRINCIPI GENERALI: Il "Fondo Sanitario" rimborsa direttamente o indirettamente, gli oneri economici sostenuti dagli iscritti, in Italia od all'estero, in dipendenza di eventi patologici qualificati come malattia o come infortunio.</i>	Non richiedendo l'attestazione della patologia, lo stato di malattia o infortunio si dà per scontato a meno che non ci sia il sospetto che si tratta di una prestazione non rimborsabile. In questo caso il Fondo ai sensi dell' art. 12 dello Statuto compie gli accertamenti del caso al fine di verificare la fondatezza della richiesta di prestazioni). E' inoltre <u>posto in capo all'iscritto l'onere</u> di documentare eventi/ stati patologici che consentono la fruizione di agevolazioni liquidative es: GEP/ dialisi/ diabete/gravidanza, ecc..
MEDICO GENERICO		Le prestazioni effettuate da medico "generico" sono rimborsabili solo se corredate da patologia sospetta o presunta.
VISITE DI CONTROLLO		La visita di controllo effettuata da medico specialita è rimborsabile.
TIPO PRESTAZIONE EFFETTUATA		L'informazione della prestazione effettuata è sempre necessaria ai fini liquidativi e statistici. Nel caso di visite specialistiche, ove la descrizione riportata in fattura sia " visita specialistica" o "visita di controllo" è possibile farlo in forma "induttiva" dalla specializzazione del medico riportata nell'intestazione/timbro. Nel caso in cui il medico non abbia specializzazione (medico generico) o non risulti riportata nell'intestazione deve essere indicata la patologia sospetta o presunta.

GRANDI EVENTI PATOLOGICI	<i>RIMBORSI: Sono escluse dalle disposizioni contemplate al comma I (quote differite) le spese connesse ai Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce al presente Regolamento. Sono inoltre escluse dall'applicazione di qualsiasi franchigia e dalle disposizioni contemplate al comma I le quote di partecipazione alla spesa del Servizio Sanitario Nazionale (ticket), ivi compresi gli equivalenti importi privatistici riferiti ad analisi ed accertamenti diagnostici, nonché quanto previsto da "Prestazioni Ospedaliere – Indennità di Diaria".</i>	I Grandi Eventi Patologici sono esclusi dall'applicazione di qualsiasi franchigia per eventi relativi a: ricoveri medici, anche DH, se non collegati a cicli di cure o inferiori a 4 notti; prestazioni di Alta Diagnostica e intervento ambulatoriale;
APPLICAZIONE QUOTE FISSE - <i>Prestazioni Specialistiche</i>	<i>Prestazioni Specialistiche – Massimali: Qualora le prestazioni specialistiche rientranti nei massimali sopra indicati vengano erogate da medici/strutture totalmente convenzionati, i relativi oneri verranno sostenuti direttamente dal "Fondo Sanitario" senza applicazione di franchigia e fatta salva una quota fissa a carico dell'iscritto</i>	Letteralmente la norma prevede l'applicazione di una quota fissa a carico dell'iscritto per visite (€20) e per accertamenti (€35). Si applica la quota fissa per le visite di € 20 anche ai trattamenti fisioterapici e rieducativi e prestazioni specialistiche. Le cure dentarie, anche da infortunio, sono escluse dall'applicazione della quota fissa. In caso di forma diretta Previmedical assicura comunque l'applicazione delle tariffe di convenzione.
COSTO PRESTAZIONE INFERIORE A QUOTA FISSA	<i>per ogni prestazione fruita pari a:</i>	Previmedical non attiva la forma diretta per prestazioni di costo inferiore ai limiti di € 20/35/50 ma garantisce all'iscritto l'applicazione delle tariffe di convenzione.
APPLICAZIONE QUOTE FISSE IN CASO DI PRESTAZIONI CONGIUNTE	• visite specialistiche: € 20,00; • accertamenti diagnostici: € 35,00. <i><u>Prestazioni Specialistiche – Alta Diagnostica:</u> Qualora le prestazioni sopra riportate vengano erogate da medici/strutture totalmente convenzionati, i relativi oneri verranno sostenuti direttamente dal "Fondo Sanitario" senza applicazione di franchigia e fatta salva una quota fissa di € 50,00 a carico dell'iscritto per ogni prestazione fruita.</i>	Si applica solo 1 quota fissa (quella più alta € 35) per prestazioni che sono effettuate in modo congiunto. Elenco: Visita ginecologica + pap test + ecografia transvaginale Visita cardiologica + ECG Visita ORL + es. audiometrico + laringoscopia indiretta Endoscopia + biopsia Visita oculistica + fundus oculi Visita pneumologica + spirometria Tale modalità si applica anche quando l'iscritto richiede l'autorizzazione della sola visita durante la quale il professionista decide di effettuare l'accertamento diagnostico.
SPESE PRE E POST RICOVERO / INTERVENTO	<i>RIMBORSI: Le spese sostenute a fronte delle prestazioni di cui al presente "Regolamento delle Prestazioni" sono liquidate nella misura dell'80% della somma spettante ad eccezione di quelle effettuate da medici e strutture in forma totalmente convenzionata.</i>	Al fine dell'applicazione della quota differita sulle spese PRE/POST non si farà riferimento all'evento Ricovero/Intervento al quale si riferiscono ma guida la modalità di effettuazione delle singole prestazioni (diretta = NO differito / rimborsuale = SI differito)

LIMITE PER INOLTRO DOMANDA DI RIMBORSO	<i>MODALITA' E TEMPOSTICHE DI EROGAZIONE: Gli oneri economici sostenuti dagli iscritti sono rimborsati ogni qual volta raggiungano, in somma, almeno l'importo di € 100,00 ovvero, ove non si pervenga a tale cifra, a seguito di istanza avanzabile dal mese di ottobre dell'anno di competenza</i>	Si conteggia il limite d'importo di € 100 sulla somma richiesta per ciascuna pratica di rimborso riferibile, quindi, ad un singolo beneficiario e non alla somma delle richieste riferibili a più beneficiari ricompresi nello stesso nucleo familiare ed inviata in unica soluzione.
TICKET	<i>PRINCIPI GENERALI: In presenza di oneri oggetto di rimborso da parte del Servizio Sanitario Nazionale, di rimborso e/o anticipazione a titolo definitivo da parte di terzi - anche a seguito di infortuni causati dagli stessi - ovvero in presenza di altre analoghe coperture per se stesso e/o per i familiari beneficiari, l'iscritto ha l'obbligo di darne formale comunicazione al "Fondo Sanitario" che riconosce le prestazioni al netto di quanto rimborsato e/o anticipato.</i>	Il principio generale sancisce la diversa modalità di liquidazione dei ticket (liquidazione integrale) che deve essere imputato al massimale della prestazione di competenza.
MEZZI CORRETTIVI OCULISTICI		E' ammessa una tolleranza di 1/2 grado tra la prescrizione del medico oculista e il documento dell'ottico nel caso di acquisto di lenti a contatto.
PRESENZA DI ALTRA COPERTURA ASSICURATIVA	<i>In presenza di oneri oggetto di rimborso da parte del Servizio Sanitario Nazionale, di rimborso e/o anticipazione a titolo definitivo da parte di terzi - anche a seguito di infortuni causati dagli stessi - ovvero in presenza di altre analoghe coperture per se stesso e/o per i familiari beneficiari, l'iscritto ha l'obbligo di darne formale comunicazione al "Fondo Sanitario" che riconosce le prestazioni al netto di quanto rimborsato e/o anticipato.</i>	Qualora in presenza di altra copertura la richiesta di rimborso venga presentata al FSI in prima istanza, questo procede alla liquidazione del 50% del liquidabile senza possibilità di ulteriore revisione della pratica.