

**PROGRAMMA DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA
(DIRIGENTI NON ISCRITTI A FONDO DI ASSISTENZA – QUADRI SUPERIORI)**

PROCEDURE OPERATIVE PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO O PER ATTIVARE IL CONVENZIONAMENTO DIRETTO

Per tutte le prestazioni previste dal presente programma di assistenza sanitaria integrativa, la Società **non ammette a indennizzo le richieste di rimborso per importi complessivamente inferiori a Euro 25,00**. Tale importo può essere raggiunto cumulando, nel corso dell'anno di copertura, più richieste relative a un medesimo nucleo familiare.

DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

L'utilizzo delle prestazioni può svolgersi con le seguenti modalità:

- A.** con pagamento diretto da parte di *Blue Assistance* delle prestazioni previste dal presente programma d'assistenza sanitaria integrativa prenotate presso le strutture convenzionate con *Blue Assistance* medesima;
- B.** mediante rimborso delle spese sostenute dall'iscritto presso *operatori sanitari* non convenzionati con *Blue Assistance*, nonché delle spese relative a specifiche prestazioni previste dal presente programma d'assistenza sanitaria integrativa.

Ogni denuncia deve essere riferita ad un solo iscritto (o familiare a cui si riferiscono) e ad un solo evento patologico.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Al completamento di un evento, vale a dire a conclusione del ciclo di cure con il quale l'evento stesso è stato trattato, occorre inviare la richiesta di rimborso redatta sull'apposito modulo. A tale richiesta devono essere allegati i documenti giustificativi delle spese sostenute, nonché la prescrizione medica attestante la diagnosi.

La trasmissione della denuncia e della necessaria documentazione medica e di spesa può avvenire anche per via telematica con scansione degli stessi documenti.

Per tutti i ricoveri, la richiesta di rimborso deve essere corredata da una copia conforme della cartella clinica, che può essere trasmessa anche per via telematica.

Per le prestazioni odontoiatriche si rimanda a quanto previsto dalla specifica procedura.

L'iscritto, i suoi familiari od i suoi aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società e a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'iscritto stesso.

I documenti comprovanti le spese sostenute, devono essere conformi alle norme fiscali vigenti nei paesi dove essi sono stati rilasciati.

In particolare:

- in caso di ticket relativi a visite ed a accertamenti diagnostici è necessario presentare la relativa fattura rilasciata dall'Istituto presso il quale sono stati eseguiti;
- le fatture e/o parcelle devono riferirsi a prestazioni fornite in un solo anno di copertura. Quindi nel caso di prestazioni effettuate a cavallo di due anni di copertura, è necessario esibire documenti di spesa separati per ciascun anno;
- le fatture e/o parcelle devono contenere la ragione sociale della ditta o il nominativo del professionista che le ha rilasciate; e se trattasi di parcella per visita medica specialistica, anche il titolo di specializzazione del medico;
- per la giusta attribuzione dei rimborsi ai massimali di competenza, saranno prese in considerazione le date di compilazione dei documenti di spesa presentati anche se le prestazioni descritte in tali documenti sono riferite all'anno precedente.

Nei casi in cui gli iscritti si siano rivolti in precedenza ad altro Fondo d'assistenza o altro Ente assicurativo, gli interessati debbono allegare alla richiesta le fotocopie dei documenti di spesa, oltre al documento comprovante il rimborso effettuato dal suddetto Fondo di Assistenza o Ente Assicurativo. In questi casi, non è necessario produrre la documentazione necessaria ad individuare l'alterazione dello stato di salute, salvo l'obbligo di presentazione della cartella clinica in caso di ricovero.

Per le cure con o senza ricovero praticate all'estero, in paesi ove non è consuetudine rilasciare copia conforme della cartella clinica, si consiglia di prendere preventivi accordi con le case di cura affinché venga rilasciata una documentazione valida per il rimborso. In ogni caso la documentazione rilasciata deve essere corredata da traduzione in lingua italiana.

PROCEDURA PER L'UTILIZZO DI STRUTTURE E MEDICI CHIRURGHI CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE PER LE SEGUENTI PRESTAZIONI:

- ❖ RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO IN ISTITUTO DI CURA, PARTO, DAY HOSPITAL/DAY SURGERY, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE
- ❖ PARTO CESAREO E PARTO NATURALE
- ❖ PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Prima di accedere alla struttura sanitaria **l'iscritto deve sempre telefonare a Blue Assistance** ai seguenti numeri telefonici:

- ◆ dall'Italia : Numero Verde 800 - 092.092
- ◆ dall'estero: Prefisso internazionale +39 - 011 - 742.5555

Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo **è essenziale - al fine di ottenere la prestazione - che l'iscritto acceda agli operatori sanitari esclusivamente per il tramite di Blue Assistance, in mancanza del quale il servizio non è operante.**

Blue Assistance è a disposizione degli *iscritti*:

- ◆ dalle ore 8 alle ore 18 dei giorni feriali e dalle ore 8 alle ore 12 del sabato, per la prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità;
- ◆ 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

Al momento dell'accesso alla struttura sanitaria, **l'iscritto si fa riconoscere e sottoscrive** la "Richiesta di prestazione" che costituiscono la prima denuncia del sinistro.

Al termine della prestazione **l'iscritto deve sostenere in proprio le spese di sua competenza (scoperto, franchigia, prestazioni non contemplate dalla garanzia).**

Blue Assistance provvede al pagamento delle spese nei termini previsti dal presente programma di assistenza sanitaria integrativa, disponendo anche la raccolta della relativa documentazione presso la struttura sanitaria; ***Blue Assistance non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzione fornite dalle strutture sanitarie e dai medici chirurghi con essa convenzionati; pertanto per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali gli iscritti dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture e ai medici chirurghi che hanno prestato i servizi richiesti.***

Blue Assistance è comunque a completa disposizione per qualsiasi informazione inerente la prestazione dei servizi.

Resta inteso che:

- ◆ **qualora l'iscritto**, in caso di ricovero con o senza intervento chirurgico (compreso parto cesareo e parto non cesareo), intervento chirurgico ambulatoriale, ricovero in regime di degenza diurna (day hospital/surgery) **utilizzi medici non convenzionati in istituti di cura convenzionati con la Società, in forma diretta:**
 1. **l'iscritto stesso deve provvedere in proprio al pagamento delle spese sostenute per l'equipe medica non convenzionata con il circuito della Società**, spese che, al ricevimento della relativa documentazione completa, sono rimborsate da *Blue Assistance* a termini del presente programma d'assistenza sanitaria integrativa con applicazione degli eventuali scoperti/franchigie se previsti;
 2. **le spese relative all'Istituto di cura convenzionato con la Società sono pagate direttamente da Blue Assistance** a termini del presente programma d'assistenza sanitaria integrativa.
- ◆ **le spese relative alle prestazioni sanitarie garantite nei giorni precedenti e successivi al ricovero o all'intervento chirurgico non sono pagate direttamente**, ma rimborsate al ricevimento della relativa documentazione di spesa, con indicazione del *ricovero* o dell'*intervento chirurgico* cui si riferiscono;
- ◆ **nel caso in cui Blue Assistance non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'iscritto deve sostenere in proprio le relative spese** e farne successiva richiesta di rimborso;
- ◆ **l'iscritto** che si avvale delle prestazioni di *Blue Assistance*, delega Reale Mutua a pagare o far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dal presente programma d'assistenza sanitaria integrativa;
- ◆ **qualora il sinistro risultasse non risarcibile, l'iscritto si impegna a restituire gli importi eventualmente pagati direttamente per suo conto da Reale Mutua.**

Restano escluse dal convenzionamento diretto le prestazioni relative a **Prestazioni Domiciliari ed Ambulatoriali, Protesi Ortopediche e Acustiche, Cure Oncologiche.**

PROCEDURA IN CASO DI UTILIZZO DI OPERATORI SANITARI NON CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE E PER LE ALTRE PRESTAZIONI ESCLUSE LE CURE DENTARIE

Fermo quanto stabilito dagli artt. 1910 (assicurazione presso diversi assicuratori) e 1915 (inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio) del Codice Civile, **l'iscritto deve - al termine delle prestazioni e/o a guarigione clinica avvenuta - inviare la denuncia a Blue Assistance**, denuncia alla quale va allegata la documentazione medica e delle spese descritta nel paragrafo DOCUMENTAZIONE RICHIESTA.

La diagnosi della patologia deve essere sempre fornita, pena la decadenza del diritto all'indennizzo, in relazione alle prestazioni previste dal presente programma d'assistenza sanitaria integrativa.

Ricevuta la documentazione *Blue Assistance* provvede al rimborso delle spese indennizzabili a termini del presente programma d'assistenza sanitaria integrativa.

PROCEDURA IN CASO DI RICOVERO A TOTALE CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per il pagamento dell'indennità sostitutiva del rimborso prevista occorre fornire a **Blue Assistance** la cartella clinica completa del ricovero.

PROCEDURA PER LE CURE DENTARIE

A. UTILIZZO DI CENTRI ODONTOIATRICI CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE

Prima di accedere alla struttura sanitaria l'iscritto deve sempre telefonare a **Blue Assistance** ai seguenti numeri telefonici:

- ◆ dall'Italia: Numero Verde 800 - 092.092
- ◆ dall'estero: Prefisso internazionale +39 - 011 - 742.5555

Al fine di ottenere la prestazione l'iscritto deve accedere ai Centri Odontoiatrici Convenzionati esclusivamente per il tramite di Blue Assistance.

Blue Assistance è a disposizione degli iscritti:

◆ dalle ore 8 alle ore 18 dei giorni feriali e dalle ore 8 alle ore 12 del sabato, per la prenotazione dei *Centri Odontoiatrici* convenzionati, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura più idonea per ogni necessità;

◆ 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

Al momento dell'accesso al *Centro Odontoiatrico*, l'iscritto (o il familiare interessato) **sottoscrive il Piano di Cure (allegato C)**, che costituisce la denuncia del sinistro.

Blue Assistance, entro 8 giorni dal ricevimento del *Piano di Cure* dal *Centro Odontoiatrico*, provvede alla valutazione dello stesso ed alla comunicazione alla struttura sanitaria delle prestazioni previste dal presente programma d'assistenza sanitaria integrativa.

Al momento della conclusione del *Piano di Cure* l'iscritto **deve sostenere in proprio le spese di sua competenza (prestazioni non contemplate dalla garanzia e/o eventuali eccedenze rispetto al Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico).**

Nell'ambito del massimale previsto per anno/nucleo dal presente programma d'assistenza sanitaria integrativa *Blue Assistance* paga le spese, provvede a raccogliere la relativa documentazione presso il *Centro Odontoiatrico* convenzionato e a restituire quella di spesa all'iscritto, con allegata l'indicazione della liquidazione effettuata.

***Blue Assistance* non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzione fornite dai Centri Odontoiatrici con essa convenzionati; per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente ai Centri Odontoiatrici che hanno prestato i servizi richiesti.**

Blue Assistance è comunque a completa disposizione del Fasdapi/Assidai e degli iscritti per qualsiasi informazione inerente la prestazione dei servizi.

Resta inteso che:

◆ l'iscritto che si avvale delle prestazioni di *Blue Assistance*, delega Reale Mutua a pagare o far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dal presente programma d'assistenza sanitaria integrativa;

◆ qualora il **sinistro risultasse non indennizzabile**, l'iscritto si impegna a restituire gli importi eventualmente liquidati direttamente per suo conto da Reale Mutua.

B. UTILIZZO DI CENTRI ODONTOIATRICI NON CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE

L'iscritto deve inviare la denuncia a **Blue Assistance**, anche per via telematica, alla quale va allegata la documentazione medica e di spesa, completa del **Piano di Cure (allegato C)**. In particolare, l'iscritto deve fornire a *Blue Assistance*:

◆ **Piano di Cure compilato e sottoscritto a cura del Centro Odontoiatrico e firmato dall'iscritto stesso;**

◆ **originale o copia della fattura o della notula di spesa fiscalmente regolare e quietanzata, che viene poi restituita da Blue Assistance con indicazione della liquidazione effettuata. Non vengono accettate fatture/notule di "acconto", "anticipo" o qualsiasi altra tipologia di giustificativo di spesa di fatturazione parziale delle prestazioni elencate su un unico Piano di Cure.**

In caso d'intervento del SSN o di altro Ente assicuratore gli originali possono essere sostituiti da copie con documentazione di quanto erogato dagli enti predetti.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunte dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro U.S.A. Il rimborso verrà effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Blue Assistance provvede a restituire gli eventuali originali di spesa forniti con allegata l'indicazione della liquidazione effettuata.

Blue Assistance è comunque a completa disposizione del Fasdapi/Assidai e degli iscritti per qualsiasi informazione inerente la prestazione dei servizi.

LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

La Società effettua il rimborso direttamente all'*iscritto*, anche per i suoi familiari, entro 30 giorni dalla presentazione della documentazione completa.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunto dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro U.S.A.

Il rimborso verrà effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

I rimborsi potranno essere effettuati:

- con assegno intestato al dipendente e inviato al suo domicilio;
- con accredito sul conto corrente bancario indicato dal dipendente e con notifica al suo domicilio.

Blue Assistance curerà in seguito la restituzione all'*iscritto* dell'eventuale documentazione di spesa inviata in originale, con annotazione dell'avvenuta liquidazione.