

NOMENCLATORE DEL PIANO SANITARIO

PREVISALUTE

Fondo Sanitario Aperto

PIANO SANITARIO SMILE 4U *Banca di Imola S.p.A.*

Aderente alla Convenzione n° 100582

Opzione Small

PREVISALUTE

Fondo Sanitario Aperto

Via E. Forlanini, 24 – 31022 Preganziol – Loc. Borgo Verde TV - C.F.: 94150010265

PREMESSA

Questo nomenclatore ha l'obiettivo di fornire agli iscritti alla Mutua un supporto per la comprensione ed utilizzo delle prestazioni previste dal Piano Sanitario.

Le prestazioni offerte dalla Mutua PREVISALUTE sono coperte e garantite attraverso una copertura assicurativa con **RBM ASSICURAZIONE SALUTE**, primaria compagnia specializzata nel settore salute, presente sul mercato italiano.

I servizi di supporto sono erogati da **PREVIMEDICAL**, società di servizi specializzata nell'erogazione di servizi di assistenza sanitaria.

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate con Previmedical è disponibile sul sito: www.previsalute.it.

INDICE

❖ DEFINIZIONI	pag. 4
❖ ESTRATTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE COPERTE DALLA MUTUA	pag. 7
❖ NORME GENERALI CHE REGOLANO IL PIANO SANITARIO	pag. 8
❖ SERVIZI AGGIUNTIVI PREVIMEDICAL	pag. 13
❖ LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO	pag. 14
❖ Allegato I TARIFFARIO ODONTOIATRICO	pag. 17
❖ Allegato II GUIDA SINTETICA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE	pag. 19
❖ Allegato III MODULO DI RIMBORSO	pag. 21

❖ DEFINIZIONI (in ordine alfabetico)

Assicurazione: il contratto con il quale la Società si impegna a tenere indenne l'Assistito, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro.

Assistito: Titolare del Piano Sanitario, ovvero l'Assicurato.

I componenti del Nucleo Familiare del Titolare del Piano Sanitario aderenti al Piano stesso.

Le persone sopra indicate sono quindi beneficiari delle prestazioni garantite con il Piano Sanitario PreviSalute.

Centrale Operativa: la struttura di Previmedical Spa che è composta da personale dotato di competenze tecnico mediche, deputata alla gestione degli adempimenti relativi alle richieste di assistenza formulate dai Titolari, a svolgere la gestione amministrativa e contabile e la liquidazione degli eventi in regime rimborsuale e di assistenza diretta.

Centro Medico: struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibiti al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

Contraente: PREVISALUTE FONDO SANITARIO APERTO – soggetto avente finalità assistenziale, ed abilitato ad assumere la contraenza del programma sanitario anche ai fini degli aspetti fiscali e contributivi di cui all'art. ex-art.15, comma 1, lett. i-bis del TUIR 917/86.

Contributo: la somma dovuta dall'Assistito alla Contraente.

Convenzione: la disciplina che regola i rapporti tra il Contraente, l'Associato e la Società.

Evento/Data Evento:

Prestazioni dentarie - La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in équipe da professionista medico, dipendente da una Struttura Sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di "Day Hospital" o di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della Struttura Sanitaria. Le suddette prestazioni libero professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) sia presso altre Strutture Sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

Istituto di Cura: ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno

prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia Mentale: tutte le patologie mentali (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS).

Malformazione / Difetto fisico pregresso: alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente, o sia clinicamente diagnosticabile prima della stipula del Piano Sanitario (o dell'ingresso in garanzia).

Medicina Alternativa o Complementare: le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura; fitoterapia; medicina ayurvedica; medicina antroposofica; medicina omeopatica; medicina tradizionale cinese; omotossicologia; osteopatia; chiropratica.

Modalità d'indennizzo

In Network: Pagamento dell'indennizzo dovuto direttamente alla struttura sanitaria ed al medico convenzionati;

Fuori Network: Rimborso delle spese sostenute dall'Assistito per prestazioni eseguite non in regime di convenzionamento;

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.previmedical.it.

Nucleo Familiare: il Titolare del Piano Sanitario, il coniuge o il convivente more uxorio, i figli legittimi fiscalmente a carico (totale o parziale) risultanti dallo stato di famiglia. Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi, i figli affidati o affiliati purché fiscalmente a carico.

Patologia in atto / Patologia preesistente

Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessario cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'effetto dell'adesione.

Piano Sanitario/ Opzioni: i documenti che definiscono le modalità e le garanzie prescelte dal Titolare.

Rimborso/Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestato il Piano Sanitario.

Società: la Società assicuratrice RBM Assicurazione Salute S.p.A., in cui la Contraente ha allocato il proprio rischio.

Sport Professionistico: attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

Strutture Sanitarie

1) Strutture Sanitarie Private/Medici:

a) convenzionate con Previmedical: Strutture e Medici presso le quali gli Assistiti possono usufruire dell'Assistenza diretta (indennizzo pagato direttamente dalla Società tramite Previmedical alla Struttura Convenzionata e/o Medico Convenzionato) per prestazioni mediche, interventi e ricoveri resi necessari dal suo stato di salute per gli eventi garantiti dal Piano Sanitario.

2) Strutture Sanitarie Pubbliche:

- a) prestazioni erogate a totale carico del S.S.N.: Strutture presso le quali gli Assistiti beneficiano delle prestazioni sanitarie pubbliche;
- b) prestazioni erogate in regime di Intramoenia presso strutture sanitarie convenzionate con Previmedical;
- c) prestazioni erogate in regime di Intramoenia presso strutture sanitarie non convenzionate con Previmedical.

3) Strutture Sanitarie Private accreditate con il S.S.N.

Strutture Sanitarie Private convenzionate con il S.S.N. nel momento in cui erogano le prestazioni sanitarie non in forma pubblica, bensì in regime privatistico.

4) Strutture Sanitarie Private/Medici NON convenzionate con Previmedical.

Tariffa: l'importo massimo corrisposto dalla Società per ogni prestazione prevista dall'opzione prescelta.

Termini di aspettativa: il periodo di tempo che intercorre fra la data di effetto del Piano Sanitario e l'inizio della garanzia.

Titolare: il cliente della Struttura Sanitaria, il quale abbia aderito a PreviSalute e, nella sua qualità di Associato, è Titolare del Piano Sanitario.

❖ **ESTRATTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE COPERTE DALLA MUTUA**

	Smile4U Small
Prestazioni previste	A + Emergenza Odontoiatrica (solo in Network)

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

a) Igiene e Visita

La Società provvede al pagamento di una visita odontoiatrica di controllo e prevenzione (prestazione 02, comprensiva delle prestazioni 07 o 08) una volta all'anno.

Inoltre, per ciascun Assistito di età inferiore a 13 anni, è anche prevista la sigillatura dei solchi per elemento (prestazione 09), purché avvenga una sola volta nell'arco temporale di validità del piano sanitario.

Le prestazioni sopra indicate sono comprese nell'Allegato I "Tariffario Odontoiatrico" alla lettera **A- IGIENE E VISITA.**

b) Pacchetto Emergenza Odontoiatrica

La Società provvede al pagamento, massimo una volta l'anno, delle seguenti prestazioni dentarie d'emergenza a seguito di Infortunio, previo invio del certificato di pronto soccorso:

- Sigillatura (per ogni dente)
- Otturazione (qualsiasi tipo)
- Incappucciamento della polpa
- Ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite o a perno ad elemento
- Endodonzia (comprese RX e qualsiasi tipo di otturazione).

❖ NORME GENERALI CHE REGOLANO IL PIANO SANITARIO

PERSONE COPERTE DAL PIANO SANITARIO

L'assicurazione s'intende valida a favore degli aderenti alla Contraente, che in qualità di Associati, sono Titolari del Piano Sanitario, nonché dei componenti dei rispettivi Nuclei Familiari (vedi definizione nucleo presente nel glossario) aderenti al Piano Sanitario, mediante versamento del relativo contributo.

Fatti salvi i Termini di aspettativa le garanzie sono operanti:

- a) dalle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo al mese di adesione al Piano Sanitario;
- b) dalla nascita, per i figli legittimi purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro 30 giorni dalla nascita e purché sia già corrisposto un contributo per Nucleo Familiare. Per questi, a parziale deroga del punto "Termini di aspettativa", si conviene fra le Parti che i figli legittimi nati nel periodo intercorrente tra la data di adesione e l'inizio dell'efficacia delle prestazioni sono soggetti, per le malattie, all'eventuale residuo periodo di aspettativa della mamma.

CONTRIBUTO

Il contributo dovrà essere versato dal Titolare del Piano Sanitario alla Contraente mediante addebito automatico sul conto corrente della Contraente (modalità SDD). Il contributo dovrà essere corrisposto con versamento annuale anticipato, oppure mediante pagamento mensile. Pertanto, il contributo dovrà essere corrisposto prima o durante la decorrenza della copertura.

INCLUSIONE DI NUOVI FAMILIARI IN CORSO D'ANNO

L'inclusione di familiari in corso d'anno, in un momento successivo alla decorrenza del Piano Sanitario, non è consentita ad eccezione di quanto previsto al punto E "Neonati", purché sia già corrisposto un contributo per Nucleo Familiare. Nel caso di variazione della composizione del Nucleo Familiare assistito (matrimonio, ecc.), il Piano Sanitario si intende automaticamente operante, con adeguamento del contributo nel caso ci sia un passaggio da single a nucleo, nei confronti dei nuovi Assistiti dal 01.01 successivo alla variazione, previa comunicazione alla Contraente con lettera raccomandata A.R. entro il 31 ottobre dell'ultima annualità assicurativa del periodo di copertura.

CESSAZIONE DELLA QUALIFICA DI "ASSISTITO" NEL CORSO DEL PERIODO DI COPERTURA

Si conviene fra le Parti che l'assicurazione mantiene la sua validità fino al termine dell'annualità assicurativa o periodo di copertura in corso, anche:

- per le persone che raggiungano l'ottantesimo anno d'età in corso di copertura, secondo quanto previsto dal punto "Limiti di età – Persone non assicurabili";
- per perdita dei requisiti nel caso di familiari del Nucleo Familiare;
- se vi sia la sopravvenienza in corso di contratto di malattie ed infortuni derivanti da alcolismo, tossicodipendenza o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), secondo quanto previsto dal punto "Limiti di età – Persone non assicurabili";

Nei casi sopra citati, nel caso in cui il nucleo si riduca, nell'annualità successiva ci sarà un adeguamento del contributo nel passaggio da nucleo a single.

CAMBIO DI PIANO SANITARIO

E' possibile aderire ad un Piano Sanitario diverso rispetto a quello sottoscritto, esclusivamente alla scadenza del periodo di copertura, previa comunicazione al Contraente con lettera raccomandata A.R. entro il 31 ottobre dell'ultima annualità assicurativa del periodo di copertura.

Nel caso di cambio del Piano Sanitario prescelto, valgono i termini di aspettativa come indicato al punto "Termini di aspettativa" solo per le nuove garanzie e le maggiori somme assicurate.

EFFETTO E DURATA DELLA COPERTURA

La copertura decorre dalle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo alla data di adesione, salvo buon fine (SBF) dell'incasso del contributo o della prima rata di contributo; si precisa che il pagamento delle prestazioni sanitarie nel caso in cui l'Assistito si avvalga di Strutture Convenzionate con il Network Previmedical non è riconosciuto fino ad incasso avvenuto (dopo incasso).

Se la Contraente non paga il contributo annuale o la prima rata mensile, la copertura resta sospesa dalle ore 00:00 del 16° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento, ferme restando le scadenze successive stabilite dal contratto, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Per le rate successive alla prima è concesso un termine di mora di 30 giorni trascorsi i quali la copertura resta sospesa e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno del pagamento del contributo e delle spese, ferme restando le scadenze stabilite dal contratto.

Trascorso il termine di 30 giorni di cui sopra, la Contraente ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione, fermo il diritto al contributo scaduto nonché di richiederne l'esecuzione.

Il contributo è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno.

Il versamento del contributo o della prima rata di contributo dovrà essere effettuato entro il primo giorno del mese successivo all'adesione al Piano Sanitario. In caso di pagamento mensile, i versamenti delle rate successive di contributo dovranno essere effettuati entro la prima decade di ciascun mese per l'intera durata del contratto.

I Piani Sanitari avranno scadenza all'01/01 dell'anno successivo all'anno di adesione e così di seguito.

Il primo anno di copertura è sempre inteso con decorrenza dalle ore 00 del primo giorno del mese successivo alla data di adesione e scadenza alle ore 00 dell'01/01 dell'anno successivo all'adesione.

Il contributo dovuto alla decorrenza per il primo anno di copertura verrà calcolato considerando i mesi di effettiva copertura a conclusione della prima ricorrenza annuale.

RIDUZIONE CONTRIBUTO

L'assistito con la sottoscrizione del Piano Sanitario riceve in dotazione uno spazzolino bluetooth che, attraverso il monitoraggio continuativo per almeno sei mesi ed entro i parametri previsti per il raggiungimento degli obiettivi (valutati sulla base della raccolta dati del dispositivo), da diritto all'applicazione di un'ulteriore riduzione del 5% del premio sull'annualità successiva, ripetibile su base annua e così suddivisa:

- a) riduzione del 2% che viene acquisita ogni anno sulla tariffa ordinaria dopo i primi 6 mesi di monitoraggio;
- b) ulteriore riduzione del 3% in caso di raggiungimento su base annuale dei parametri previsti.

Nel secondo quinquennio, in caso di monitoraggio continuativo da parte dell'assistito del proprio stato di salute (che corrisponda ad una acquisizione in ciascuna annualità almeno del 2%) il 3% legato al raggiungimento degli obiettivi viene incrementato ad un 5% (per un totale annuo di scontistica del 7%).

Il meccanismo trova applicazione anche dal terzo quinquennio in poi con un innalzamento dello sconto per obiettivi al 7% (per un totale annuo del 9%).

Qualora dal secondo quinquennio in poi l'assicurato interrompa anche per una sola annualità la continuità di monitoraggio, il suo sconto per il raggiungimento degli obiettivi sarà riportato indietro alla classe del quinquennio precedente.

INFLAZIONE MEDICA

A partire dal 2018 il contributo potrà essere soggetto ad "adeguamento automatico" in base all'inflazione medica dell'anno precedente.

TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre:

- per gli infortuni, prestazioni di natura preventiva e le prestazioni conseguenti a malattia dal momento in cui ha effetto l'assicurazione.

Le norme di cui al presente articolo valgono anche nel caso di variazioni intervenute nel corso del presente Piano Sanitario alle diverse prestazioni (in caso di cambio del Piano Sanitario) e ai nuovi assistiti (in caso di inclusioni successive al momento dell'adesione come previsto al punto "Inclusioni di nuovi familiari in corso d'anno").

PATOLOGIE PREGRESSE

Sono escluse dall'assicurazione le malattie, gli stati patologici e/o difetti fisici e/o anomalie congenite preesistenti alla data di decorrenza del Piano Sanitario; parimenti vengono escluse le prestazioni odontoiatriche rese necessarie da situazioni patologiche, stati patologici o necessità di sostituzione protesi per grave usura già in atto al momento della decorrenza di polizza.

Tuttavia, nel caso di rinnovo continuativo del contratto, a partire dal 6° anno, sarà prevista la copertura delle patologie preesistenti note all'Assistito al momento dell'adesione. La copertura per tali patologie, per le prestazioni effettuate a partire dal sesto anno di copertura, sarà prestata alle seguenti condizioni:

- per i primi 2 anni successivi al primo quinquennio (sesto e settimo anno di copertura), **rimborso del 35% dell'importo rimborsabile/liquidabile;**
- per ulteriori 2 anni (ottavo e nono anno di copertura), **rimborso del 50% dell'importo rimborsabile/liquidabile;**
- per gli anni successivi (dal decimo anno di copertura in poi), **rimborso del 75% dell'importo rimborsabile/liquidabile.**

TACITO RINNOVO

In mancanza di disdetta, che deve essere comunicata tramite raccomandata A/R almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza del Piano Sanitario, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

LIMITI DI ETÀ - PERSONE NON ASSICURABILI

Non possono aderire alla copertura le persone di età superiore a 70 anni. Per gli assistiti già in copertura al raggiungimento del 70° anno di età il Piano Sanitario potrà essere rinnovato fino al termine dell'annualità assicurativa in cui l'assistito raggiunge l'80° anno di età. In caso di disdetta del Piano Sanitario dopo il 70° anno di età non sarà più possibile aderire alla copertura.

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. Nel caso di manifestazione di una di queste malattie nel corso della validità del Piano Sanitario, l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'art. 1898 del Codice Civile. È prevista la possibilità di

accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dalle esclusioni.

ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni dei danni vengano effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

ALTRE COPERTURE/ASSICURAZIONI

Il Contraente/Assistito deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente/Assistito deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'assistito con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. Fatto salvo il diritto di regresso della Società.

CONTROVERSIE: MEDIAZIONE

Per la risoluzione delle controversie relative alle prestazioni garantite dal piano sottoscritto o comunque ad esso connesse comprese le controversie relative alla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione le Parti devono esperire obbligatoriamente un tentativo di mediazione, che deve cioè essere attivato prima dell'instaurazione dell'eventuale causa civile come condizione di procedibilità della stessa.

Infatti, il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Il Titolare dovrà rivolgersi ad un organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. L'Organismo deve aver sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente per la controversia.

Il Titolare dovrà far pervenire la predetta richiesta di mediazione depositata alla sede legale di RBM Assicurazione Salute S.p.A., Ufficio Reclami, via Forlanini 24 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV) oppure via telefax al numero 0422/062909, o via e-mail all'indirizzo di posta elettronica: reclami@rbmsalute.it.

Avvertenza: qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DEL PIANO SANITARIO

Esclusioni

L'assicurazione non comprende le spese per:

1. tutte le prestazioni non espressamente indicate nell'Allegato I "Tariffario odontoiatrico";
2. le malattie, stati patologici e/o difetti fisici e/o anomalie congenite preesistenti alla data di decorrenza del Piano Sanitario; parimenti vengono escluse le prestazioni odontoiatriche rese necessarie da situazioni patologiche, stati patologici o necessità di sostituzione protesi per grave usura già in atto al momento della decorrenza del Piano Sanitario;
3. gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti auto lesivi;
4. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport a livello professionistico primaria o secondaria (o comunque in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione) e relative gare, prove, allenamenti;
5. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: partecipazione a corse/gare comportanti l'uso di

veicoli o natanti a motore e relative prove e allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura), sport aerei, salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, mountain bike e "downhill";

6. le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assistito abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
7. cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi del Piano Sanitario;
8. trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);
9. le procedure sperimentali o che non siano riconosciute di provata efficacia dalle principali Associazioni Odontoiatriche;
10. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, salvo quanto previsto dal Piano Sanitario;
11. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
12. gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni o simili;
13. gli stati patologici correlati all'infezione da HIV;
14. le malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni;
15. le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assistito;
16. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare), isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc., salvo le lesioni subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
17. le conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili);
18. le conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
19. le conseguenze dirette o indirette di infortuni e malattie riconducibili a soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS);
20. le conseguenze dirette od indirette di pandemie;
21. malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e sindromi organiche cerebrali;
22. le procedure di ricostruzione o splintaggio utilizzate per incrementare la dimensione verticale, ristabilire l'occlusione, sostituire o stabilizzare la struttura del dente persa a causa di attrito;
23. la sostituzione di protesi complete o parziali rimovibili a causa di rottura mentre non in uso o perse o rubate;
24. le prestazioni di rimozione chirurgica di impianti o parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto già esistente o appena impiantato, sia fisso che rimovibile;
25. l'estrazioni di denti decidui (da latte);
26. i trattamenti delle neoplasie maligne della bocca.

❖ SERVIZI AGGIUNTIVI PREVIMEDICAL

Servizio Card (RBM Salute-Previmedical)

Per **TUTTI** gli Assistiti verrà resa disponibile la **NUOVA card elettronica RBM Salute-Previmedical** nominativa, **scaricabile attraverso la APP RBM.**

Qualora l'Assistito intenda utilizzare una struttura convenzionata con RBM Salute-Previmedical senza accedere con pagamento diretto, potrà farlo esclusivamente per le prestazioni sanitarie non previste dall'opzione prescelta (vedi "Scheda riassuntiva") oppure non rimborsabili ai sensi del Piano Sanitario per esaurimento dei relativi massimali. In questo caso, al fine di ottenere l'applicazione delle tariffe agevolate riservate agli Assistiti di Previmedical, dovrà identificarsi in fase di accesso alla struttura mostrando la card RBM Salute-Previmedical.

Si ricorda che le tariffe agevolate riservate agli Assistiti di Previmedical titolari della card RBM Salute-Previmedical sono meno vantaggiose del tariffario applicato con pagamento diretto.

❖ LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta, mista e rimborsuale è indicata nella sezione "GUIDA AI SERVIZI PREVIMEDICAL".

Oneri in caso di Sinistro

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente, dall'Assistito o dai suoi aventi diritto alla Società non appena ne abbiano la possibilità. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

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

Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assistito.

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

Nel caso in cui, durante il periodo di validità del Piano Sanitario, sopravvenga il decesso dell'Assistito titolare della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso alla Società e gli adempimenti di cui al presente articolo dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.

Nell'eventualità descritta, sarà necessario esibire ulteriori documenti quali:

- certificato di morte dell'assistito;
- copia autenticata dell'eventuale testamento, ovvero Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà che ne riporti gli estremi e che dia menzione che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato; inoltre, la suddetta Dichiarazione dovrà contenere l'indicazione di quali siano gli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- in assenza di testamento, Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato dinanzi a pubblico ufficiale dalla quale risulti che l'assistito è deceduto senza lasciare testamento nonché le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità;
- eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Società alla liquidazione del capitale e contestualmente permette la riscossione delle quote destinate ai beneficiari minorenni/incapaci di agire;
- fotocopia di un documento d'identità valido e del tesserino fiscale di ciascun erede;
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, indicante il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici relativi ai rimborsi dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura come normato all'interno delle Condizioni Generali di Assicurazione (CGA).

In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'Assistito è obbligato a comunicare alla Compagnia il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.

In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'Assistito è tenuto a trasmettere alla Compagnia il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).

Si precisa che il termine di prescrizione dei diritti relativi al presente Piano Sanitario è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

La modalità d'indennizzo potrà avvenire attraverso due forme diverse: forma diretta e forma indiretta.
Si precisa che qualora l'assistito intenda utilizzare una struttura convenzionata, e/o un medico odontoiatra convenzionato ha sempre l'obbligo di accedervi in regime di assistenza diretta.

Pagamento indiretto – Rimborso all'Assistito

La Società rimborsa a cura ultimata dietro presentazione in fotocopia della seguente documentazione:

- 1) fatture quietanzate complete di imposta di bollo come da normativa vigente (non sono ammesse fatture di odontotecnici e di odontoprotesisti); le richieste di rimborso dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso;
- 2) referto del Pronto Soccorso in caso di cure dentarie da infortunio. Le stesse dovranno essere adeguate alle lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente provato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie).

La documentazione deve essere intestata all'Assistito e il rimborso avviene in favore dell'Assistito. Si precisa che le fatture di acconto sono rimborsabili esclusivamente insieme a quelle di saldo, a cura ultimata nell'annualità del Piano Sanitario.

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

Ai fini di una corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Pagamento in forma diretta

Il pagamento diretto avviene in caso di prestazioni ospedaliere a condizione che l'Assistito si avvalga di Strutture Convenzionate con il Network Previmedical e abbia richiesto autorizzazione alla Società con un preavviso di almeno 48 ore lavorative.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta in Strutture Convenzionate con il Network Previmedical, con un anticipo di 3 giorni per le prestazioni dentarie, rispetto alla data dell'evento. L'Assistito dovrà quindi attivarsi con adeguato anticipo per consentire alla Centrale Operativa di dare la risposta entro i suddetti termini.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa con un preavviso inferiore a quelli sopra elencati, la Centrale Operativa garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta (purché pervenga entro e non oltre le 48 ore lavorative prima dell'evento) senza garantire i termini di preavviso sopra indicati.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

La Società effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di copertura secondo le condizioni della convenzione stipulata dalla Società di Servizi Previmedical con i professionisti odontoiatri e i centri odontoiatrici convenzionati.

Restano a carico dell'Assistito la sola eventuale somma eccedente il limite previsto nel Tariffario odontoiatrico (vedi Allegato I), nonché delle prestazioni non garantite dalla presente Convenzione, che rimangono a carico dell'Assistito.

L'elenco delle strutture convenzionate con Previmedical, la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi prestati e la relativa modulistica sono disponibili sul sito www.previsalute.it.

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta e rimborsuale è indicata nell'Allegato II "GUIDA SINTETICA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE".

Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di Ricovero in Istituto di cura in regime di Pagamento in forma diretta qualora, sia nel corso della ospedalizzazione o successivamente alla stessa, si dovesse accertare la non validità del Piano Sanitario o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assistito, il quale dovrà restituire alla Società stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'Istituto di cura, se già saldate dalla Società alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

❖ Allegato I – TARIFFARIO ODONTOIATRICO

PREMESSA:

I vincoli tecnici e i limiti temporali stabiliscono le modalità e il numero di prestazioni di cui è possibile ottenere il rimborso (sia in forma diretta che indiretta).

I vincoli e limiti del presente Tariffario odontoiatrico si applicano in ogni caso per assistito.

I limiti temporali non si applicano in caso di infortunio comprovato da certificato del Pronto Soccorso.

Qualora si rendessero necessarie ulteriori prestazioni rispetto a quelle previste, esse dovranno essere fatturate applicando le tariffe del presente Tariffario odontoiatrico e saranno a carico dell'Assistito.

La visita odontoiatrica con formula dentale e piano di trattamento si intende a carico del singolo assistito se non diversamente disposto.

Tutte le prestazioni del presente Tariffario odontoiatrico comprendono la manodopera.

Tutte le immagini radiografiche, eseguite su indicazione del medico specialista esclusivamente per motivi di natura clinica prima, durante o dopo le cure, possono essere richieste a comprova delle cure medesime.

Ove richieste, le fotografie digitali devono riportare la data, il codice fiscale dell'assistito e la firma dell'odontoiatra.

La visita odontoiatrica (codice 02) è tariffata solamente se abbinata al codice 07 o 08, ed eseguita nell'ambito di un programma di prevenzione periodico di igiene e profilassi. Se eseguita nell'ambito di un piano di cure risulta compresa nel medesimo.

TARIFFARIO ODONTOIATRICO

A – IGIENE E VISITA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00	Vedi premessa	Una sola volta ogni 12 mesi
07	Fluoroprofilassi	30,00	Solo fino a 13 anni di età	Una volta ogni 12 mesi
08	Ablazione tartaro	50,00		Una volta ogni 12 mesi
09	Sigillatura dei solchi per elemento	15,00	Solo fino a 13 anni di età	Una sola volta

❖ **Allegato II – GUIDA SINTETICA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE**

COSA FARE PER POTER ACCEDERE ALLE STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON IL NETWORK PREVIMEDICAL (PAGAMENTO DIRETTO)	
PER PRESTAZIONI DENTARIE	
Fase 1	Il medico dentista convenzionato predispone un piano di cure da eseguire.
Fase 2	<p>Prenota la prestazione presso una delle Strutture Odontoiatriche Convenzionate. L'elenco delle strutture è consultabile sul sito www.previsalute.it.</p> <p>Contatta con un preavviso di 48 ore lavorative la Centrale Operativa per ricevere l'autorizzazione ad effettuare le prestazioni con pagamento diretto ai numeri (24 ore su 24, 365 giorni l'anno):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 800. 99.17.85 da telefono fisso (numero verde); - 199. 28.71.75 da telefono cellulare (numero a tariffa agevolata); - 0039 0422.17.44.235 per chiamate dall'estero. <p>Fornisci alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione; - recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione; - data della prestazione; - struttura convenzionata prescelta; <p>Inoltra via fax al n. 0422.17.44.735 o mail all'indirizzo assistenza.previsalute@previmedical.it il referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive dall'evento e idonea documentazione a supporto (OPT, radiografie e fotografie), nel caso di infortunio.</p> <p>In alternativa potrai attivare la procedura telematica accedendo alla tua area riservata dal sito www.previsalute.it, avvalendoti delle funzionalità interattive disponibili nella sezione dedicata al pagamento diretto.</p>
Fase 3	La Struttura Sanitaria Convenzionata inoltra il piano di cure con il dettaglio delle prestazioni da eseguire alla Centrale Operativa.
Fase 4	<p>La Centrale Operativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettua controlli di natura amministrativa e medico assicurativa; - inoltra copia dell'autorizzazione tramite e-mail o codice di autorizzazione tramite SMS, specificando eventuali quote a carico dell'assistito.
Fase 5	<p>Al momento della prestazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esibisci copia dell'autorizzazione ricevuta tramite e-mail o SMS; - salda alla Struttura Sanitaria esclusivamente le quote rimaste a tuo carico.

COSA FARE PER POTER OTTENERE IL RIMBORSO IN CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON IL NETWORK PREVIMEDICAL PER PRESTAZIONI DENTARIE	
Fase 1	Il medico dentista predisporre un piano di cure da eseguire.
Fase 2	Esegui la prestazione presso una delle Strutture Odontoiatriche NON Convenzionate RBM Salute saldando in toto le spese per le prestazioni eseguite.
Fase 3	<p>Compila in ogni sua parte il Modulo di richiesta di rimborso ed allega <i>in fotocopia</i> la seguente documentazione giustificativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fatture, notule e ricevute quietanzate complete di imposta di bollo come da normativa vigente (non sono ammesse fatture di odontotecnici e di odontoprotesisti). Le richieste di rimborso dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso; - referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive dall'evento e idonea documentazione a supporto (OPT, radiografie e fotografie), in caso di infortunio. <p>Invia la documentazione a:</p> <p>PREVISALUTE FONDO SANITARIO APERTO Ufficio liquidazioni presso Previmedical Via Enrico Forlanini, 24 Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV), CF 94150010265</p> <p>In alternativa potrai trasmettere on-line le richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa, accedendo alla tua area riservata dal sito www.previsalute.it;</p>
Fase 4	<p>La Società:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettua controlli di natura amministrativa e medico assicurativa; - provvede alla liquidazione della richiesta di rimborso, eccetto eventuali quote a carico dell'assistito.

La presente guida sintetica riassume esclusivamente le principali fasi del processo di attivazione della copertura sanitaria. Per tutte le informazioni di dettaglio si rimanda agli "Oneri in caso di sinistro".

❖ **Allegato III - MODULO DI RIMBORSO**

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE
(nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente modulo dovrà pervenire al seguente indirizzo:
FONDO SANITARIO APERTO PREVISALUTE,
Ufficio Liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.
Via Enrico Forlanini n. 24 – Località Borgo Verde – 31022 Preganziol (TV)
Unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia*

Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO

Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____
Tel _____ Cell _____ (da indicare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA")
E-mail _____ @ _____

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

Prestazioni per le quali si richiede il rimborso/indennizzo:

- Ricovero in istituto di cura.....
- Prestazioni collegate a ricovero (pre/post).....
- Accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione.....
- Prestazioni Extraospedaliere non collegate al ricovero.....
- Altro (es. protesi, ecc.).....
- Diaria da Ricovero/gessatura.....
- Prestazioni dentarie da malattia.....
- Prestazioni dentarie da infortunio.....

Si allegano **IN COPIA** * le seguenti fatture (in caso di fatture relative ad annualità diverse, dovranno essere compilati due o più distinti moduli di rimborso):

	N° Fattura- Ricevuta	Ente Emittente	Data Fattura- Ricevuta	Ulteriore copertura assicurativa (SI/NO)**	Importo															
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				

* La Mutua si riserva la facoltà di richiedere la documentazione di spesa in originale nei 5 (cinque) anni successivi a quello di competenza delle fatture per operare le verifiche che si rendessero necessarie.

