

GUIDA ALL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA TRAMITE VOUCHERSALUTE®

Prima della prenotazione ed esecuzione della prestazione sanitaria/odontoiatrica

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l'Assicurato **dovrà preventivamente richiedere l'emissione del VoucherSalute® alla Centrale Operativa** (operativa 24 ore su 24, 365 giorni l'anno).

Si precisa che, anche per le prestazioni odontoiatriche, l'Assicurato dovrà di volta in volta richiedere singolarmente l'emissione del VoucherSalute® per ogni prestazione che deve eseguire e che non saranno prese in considerazione richieste di autorizzazioni che pervengano direttamente dagli Studi Odontoiatrici.

La Centrale Operativa, se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata, **rilascia all'Assicurato un VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa necessaria**. Qualora vengano richieste integrazioni alla documentazione sanitaria, il termine di 7 giorni viene quindi a decorrere dal giorno di ricezione della documentazione completa. Il VoucherSalute® contiene evidenza delle eventuali spese che rimangono a carico dall'Assicurato (a titolo esemplificativo franchigie, scoperti).

Il rilascio del VoucherSalute® può essere richiesto attraverso i seguenti canali:

- App Mobile;
- Portale Web (accedendo alla propria area riservata sezione "Richiesta di Prenotazione Assistenza Convenzionata online");
- Numeri Telefonici Dedicati.

L'Assicurato 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;
- prestazione da effettuare.

L'Assicurato potrà ricercare la struttura sanitaria convenzionata presso cui effettuare la prestazione tramite accesso alla propria Area Riservata o alla App Mobile, nonché attraverso l'interlocuzione telefonica con la Centrale Operativa.

Compatibilmente con le disponibilità territoriali, saranno individuate fino a 3 strutture convenzionate alternative (nel caso di ricovero, anche le équipe mediche) in grado di garantire l'impegno all'effettuazione della prestazione entro 30 giorni dal rilascio del VoucherSalute®.

L'Assicurato confermerà una delle strutture convenzionate proposte, ovvero potrà individuarne una diversa; in quest'ultimo caso **non è garantita da parte della Centrale Operativa l'esecuzione della prestazione entro 30 giorni dal rilascio del VoucherSalute®.**

Con riferimento alle prestazioni che hanno un limite massimo di giorni per poter essere usufruite (come per esempio l'Ospedalizzazione domiciliare post ricovero con intervento chirurgico) o nell'ipotesi in cui sia prossima la scadenza della copertura assicurativa (ad esempio per cessazione dell'attività lavorativa), si ricorda all'Assicurato di richiedere per tempo il rilascio del VoucherSalute® perché la sua validità in questi casi è condizionata ai minori giorni che residuano rispettivamente al raggiungimento del limite previsto dalla garanzia o alla cessazione della copertura (ad esempio se l'Ospedalizzazione domiciliare post ricovero con intervento chirurgico potesse essere eseguita fino al 30 novembre e il VoucherSalute® fosse rilasciato il giorno 10 Novembre, quest'ultimo avrà validità di 20 giorni ai fini della esecuzione delle prestazioni). Nel caso in cui l'Assicurato non si attivasse per tempo si ricorda che non è garantita l'esecuzione della prestazione in tempi inferiori a 30 giorni e pertanto potrebbe non essere operante la copertura.

L'Assicurato dovrà trasmettere alla Centrale Operativa - tramite Area Riservata o App Mobile o a mezzo mail dedicata al proprio piano sanitario o via fax la seguente documentazione:

- **prescrizione/certificato medico** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, **contenente il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia per la quale è richiesta la prestazione specificata. Non è richiesta la prescrizione per le prestazioni di prevenzione (sanitaria ed odontoiatrica).**

La prescrizione deve essere predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che effettuerà (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche erogatore delle prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.

Per le prestazioni diverse dalla garanzia Ricovero, la Centrale Operativa potrà ritenere sufficiente la sola lettura della prescrizione, non richiedendo anche la trasmissione della stessa in tale fase.

- **copia del tesserino “esenzione 048” in caso di prestazioni oncologiche di follow-up;**
- **in caso di infortunio:**
 - ⇒ **il referto del Pronto Soccorso**, in quanto l'infortunio dovrà essere oggettivamente documentabile. In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie). Si precisa che non sono ammessi infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento.
 - ⇒ **qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, anche il nominativo ed il recapito del terzo responsabile. In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'Assicurato è tenuto a trasmettere alla Società anche il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).**

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’Assicurato (inclusione in copertura e verifica regolarità contributiva dell’Assicurato).

La Centrale Operativa, esperiti i controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione tecnico-medica della richiesta avanzata, effettuando la pre-analisi della documentazione medica trasmessa (o comunicata telefonicamente per le prestazioni diverse dal Ricovero se la lettura è stata ritenuta sufficiente dalla Centrale Operativa) dall’Assicurato (valutando, a titolo esemplificativo, l’inclusione della prestazione richiesta nel Piano Sanitario di riferimento dell’Assicurato, i massimali residui, ecc.).

L’autorizzazione sarà rilasciata dalla Centrale Operativa nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all’Assicurato 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.

Il VoucherSalute[®], qualora la Centrale Operativa abbia concluso positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata, entro 7 giorni di calendario dalla ricezione della richiesta di emissione completa della documentazione giustificativa necessaria trasmette il VoucherSalute[®] all’Assicurato **a mezzo e-mail o sms** e contestualmente anche alla struttura convenzionata allo stesso individuata.

L’Assicurato dovrà indicare all’atto della richiesta della prestazione sanitaria la modalità di ricezione tra sms o e-mail del VoucherSalute[®]. Qualora l’Assicurato non sia dotato di uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria dovrà scegliere come mezzo di ricezione del VoucherSalute[®] la mail ed eventualmente stampare lo stesso da un qualsiasi Personal Computer.

All’interno del sms o della email sarà presente un *link web* breve (c.d. “*tiny link*”) che consentirà la visualizzazione del VoucherSalute[®] sullo schermo del *device*. Il VoucherSalute[®] potrà contenere una forma visibile del QR code per facilitare la lettura delle informazioni all’accesso in struttura sanitaria.

Come anticipato, la scadenza del periodo di validità del VoucherSalute[®] è fissata in 30 giorni dalla data di emissione dello stesso; **nel caso in cui il VoucherSalute[®] fosse scaduto, l’Assicurato potrà richiederne la ri-emissione immediata entro un massimo di 7 giorni di calendario dal giorno della scadenza** (l’Assicurato non dovrà più attendere il decorso di ulteriori 7 giorni di calendario dalla richiesta) tramite la propria Area Riservata o l’App Mobile, senza necessità di allegare nuovamente la documentazione già trasmessa. Diversamente, trascorsi i predetti 7 giorni dalla scadenza del voucher, l’Assicurato dovrà richiedere l’emissione di un nuovo Voucher Salute[®], riallegando integralmente la documentazione necessaria”

Il VoucherSalute[®] sarà rinnovabile a partire dal 20mo (ventesimo) giorno dalla sua emissione per un numero massimo di ulteriori due volte, quindi con una finestra complessiva di validità di 90 giorni, a meno di limiti di permanenza in copertura che intervengano prima dei 90 giorni per raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia o per cessazione della copertura (ad esempio: se il primo VoucherSalute è emesso il 01/03/2019, causa scadenza dello stesso, a seguito delle due ri-emissioni massime consentite, la data ultima per l’esecuzione della prestazione è il 29/05/2019).

Il VoucherSalute[®] non potrà essere annullato dall’Assicurato. Qualora l’Assicurato abbia, per motivi eccezionali, la necessità di farlo dovrà contattare direttamente la Centrale Operativa.

In sede di accesso presso la Struttura Sanitaria convenzionata, l'Assicurato, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire il VoucherSalute® ricevuto dalla Centrale Operativa e consegnare la prescrizione medica.

L'Assicurato 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, del nuovo VoucherSalute®.

La deroga alla necessaria preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa per l'attivazione del regime di assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate è prevista per i soli casi di emergenza di cui al successivo § b).

Restano a carico dell'Assicurato eventuali somme non riconosciute dai piani Sanitari di riferimento (a titolo esemplificativo franchigie e scoperti).

Il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini dei Piani Sanitari, secondo le condizioni della convenzione stipulata con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati, è effettuato da parte di RBM Salute.

a) Eccezione: casi di urgenza medico-sanitaria (solo per ricovero)

Esclusivamente per la garanzia Ricovero, in ipotesi di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa, l'Assicurato potrà richiedere il rilascio del VoucherSalute® entro i 3 giorni successivi dall'inizio del ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata qualora fosse passato un minor numero di giorni.

A tal fine dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere apposito modulo da far compilare alla struttura sanitaria presso cui l'Assicurato è ricoverato.

Il modulo compilato va ritrasmesso alla Centrale Operativa tramite mail o a mezzo fax **allegando** il referto del medico che ha disposto il ricovero d'urgenza o, nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, redatti nelle 24 ore successive all'evento.

Resta inteso 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 a ricoveri erogati in regime di assistenza diretta all'estero, per i quali l'Assicurato sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

b) La prenotazione

L'Assicurato, ottenuto il VoucherSalute®, prenoterà personalmente la prestazione contattando direttamente la Struttura Convenzionata.

L'Assicurato ha l'obbligo di non fissare l'appuntamento con la struttura convenzionata se non è già in possesso del VoucherSalute®; eventuali disservizi che dovessero derivare da una diversa modalità di contatto con la Struttura Convenzionata rimarranno in ogni caso a carico dell'Assicurato.

La struttura sanitaria utilizzando la piattaforma informatica messa a disposizione da RBM avrà visibilità del VoucherSalute® emesso, in modo da poterlo verificare in fase di prenotazione dell'appuntamento.

Dalla stessa piattaforma la Struttura potrà confermare alla Centrale Operativa la data di esecuzione della prestazione.

Nel caso in cui il VoucherSalute® fosse scaduto, l'Assicurato dovrà richiederne la ri-emissione tramite la propria Area Riservata o App Mobile entro i termini indicati nel precedente paragrafo.

c) Dopo l'esecuzione della prestazione

A prestazione avvenuta, l'Assicurato 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, in caso di ricovero, le spese non strettamente relative alla degenza (ad esempio telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc.).

RBM Salute provvede al pagamento delle spese, previo ricevimento da parte della struttura sanitaria della fattura e della documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'Assicurato e/o alla Struttura Sanitaria (prescrizione medica, diagnosi e/o quesito diagnostico, cartella clinica contenente anche l'anamnesi prossima e remota in caso di ricovero, radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie,).