



PROCEDURA APERTA PER IL SERVIZIO DI POLIZZA ASSICURATIVA SANITARIA

ALLEGATO 5
CAPITOLATO TECNICO

Art. 1. OGGETTO DELL'APPALTO E CARATTERISTICHE GENERALI

Oggetto dell'appalto è la stipulazione di una Convenzione contenente le condizioni generali di polizza assicurativa sanitaria riferita ad un numero complessivo di dipendenti assunti con contratto a tempo indeterminato e a tempo determinato, ripartiti tra gli Enti di cui al Gruppo di Acquisto (GdA), costituito per la gara, come segue:

- Regione Emilia-Romagna dipendenti del comparto n. 2.770,
- ERGO Azienda Regionale per il diritto agli studi superiori: dipendenti del comparto n.142,
- Consorzio Fitosanitario provinciale di Parma e Piacenza dipendenti del comparto: n. 9.

La Convenzione quadro prevede una "garanzia base" erogata direttamente ai sotto indicati lavoratori:

1. titolari di rapporto di lavoro subordinato, a tempo indeterminato o a tempo determinato con la Regione Emilia Romagna e che prestino servizio presso le strutture regionali (Agenzie, Istituti e Autorità compresi) o siano collocati in distacco o comando, nell'interesse e, per esigenze organizzative dell'Amministrazione Regionale (Agenzie ed Istituti compresi) presso altri soggetti, pubblici o privati;
2. titolari di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato con altro soggetto, pubblico o privato, e siano in comando presso le strutture regionali (Agenzie, Istituti) alle dipendenze funzionali dei dirigenti di queste, per lo svolgimento di attività nell'interesse e per esigenze organizzative dell'Amministrazione regionale (Agenzie ed Istituti compresi).

Rientrano nel novero dei lavoratori assicurati del comparto solo i titolari di rapporto di lavoro a tempo determinato di cui al precedente punto 1, e i lavoratori in comando in entrata di cui al precedente punto 2, che abbiano termine almeno sei mesi dopo la stipulazione della polizza.

La Convenzione quadro oltre alla "garanzia base" prevede una polizza facoltativa a carico degli assicurati per "garanzie aggiuntive". La Convenzione quadro, infatti, dà facoltà al dipendente assicurato di estendere le "garanzie aggiuntive" per se stesso e di assicurare anche i propri familiari (coniuge o convivente "more uxorio" ed ai figli, purché risultino dallo stato di famiglia), sia per la "garanzia base" che per quelle aggiuntive.

La Compagnia assicuratrice dovrà altresì garantire la copertura base e le "garanzie aggiuntive" per le seguenti categorie di dipendenti delle Amministrazioni aderenti al GdA, che potranno aderire su base volontaria:

- Ø dirigenti a tempo indeterminato o determinato, con rapporto di lavoro con la Regione Emilia-Romagna oppure con altri soggetti, ma in comando presso la stessa;
- Ø lavoratori collocati in aspettativa senza assegni per carica pubblica o sindacale o per accettare un incarico dirigenziale conferito dalla Regione o da altro soggetto o un incarico direttivo conferito da altre Pubbliche Amministrazioni;
- Ø lavoratori non inquadrati secondo l'ordinamento professionale del Contratto collettivo nazionale giornalisti;
- Ø lavoratori con rapporto di lavoro a tempo indeterminato con la Regione Emilia-Romagna, a qualsiasi categoria o qualifica appartengano, che siano in comando o collocati fuori ruolo presso altri soggetti per esigenze funzionali di questi ultimi;
- Ø lavoratori titolari di rapporto di lavoro a tempo determinato o lavoratori in comando in entrata, che abbiano un contratto avente termine entro sei mesi dalla data di stipulazione della polizza.

L'estensione delle "garanzie aggiuntive" al nucleo familiare è sempre effettuata a condizione che venga inserito il nucleo familiare nella "garanzia base".

In tutti i predetti casi, il valore economico dei premi sarà quello risultante dall'offerta economica della compagnia assicuratrice, sulla base del valore dei premi posti a base d'asta.

Sarà cura della Compagnia assicuratrice fornire al dipendente un depliant esplicativo con le modalità di adesione e le modalità di utilizzo della polizza assicurativa sanitaria formulata con esempi pratici e simulazioni di richieste.

Art. 2. ENTITA' DELL'APPALTO E DURATA

L'appalto darà origine ad una Convenzione di validità biennale per cui l'importo posto a base di gara è pari ad euro 1.051.560,00, importo che potrà arrivare ad un massimo pari ad euro 1.577.340,00 complessivo della ripetizione del servizio analogo per ulteriori mesi dodici (12) ai sensi dell'art. 57, comma 5, lettera b) del Decreto Legislativo n. 163/2006 e s.m. Tale importo viene calcolato sulla base del premio annuale per la garanzia base, moltiplicato per il n. totale di aventi diritto, pari a n. 2921 unità.

Con la Compagnia assicuratrice (Fornitore) verrà stipulato un contratto di durata biennale, decorrente dalle ore 24 del 31° giorno successivo alla stipulazione della Convenzione. Tale periodo è utile ai fini degli adempimenti preliminari al decorso delle garanzie, pari a 24 mesi. Gli Ordinativi di Fornitura saranno emessi contestualmente alla trasmissione alla Compagnia assicuratrice dei nominativi degli aventi diritto ed avranno una durata di 24 mesi.

In caso di ripetizione, per un ulteriore anno (12 mesi) di servizi analoghi già affidati all'operatore economico aggiudicatario ai sensi e nei limiti di quanto previsto dall'art. 57, comma 5, lettera b) D.Lgs. n. 163/2006 e s.m. le Amministrazioni aderenti al gruppo di acquisto entro novanta giorni (90) dalla scadenza di vigenza della Convenzione potranno richiedere alla compagnia assicuratrice una estensione della garanzia per un periodo ulteriore di mesi dodici. Di conseguenza, saranno estese sia la Convenzione che gli Ordinativi di Fornitura precedentemente emessi.

Nell'importo in questione non sono in alcun modo calcolati i premi a carico dei lavoratori per le integrazioni possibili della "garanzia base" e per l'estensione delle coperture al coniuge o al convivente "More uxorio" ed ai figli.

Art. 3 PRESCRIZIONI MINIME RICHIESTE ALLA COMPAGNIA ASSICURATRICE

Il presente capitolato disciplina le condizioni minime, a cui la Compagnia assicuratrice dovrà attenersi per partecipare alla procedura di gara.

In riferimento al numero complessivo dei convenzionamenti diretti in Italia anche tramite società specializzata incaricata dalla Compagnia assicuratrice dovrà dichiarare di avere in essere:

- a) con istituti di cura pubblici e privati: 100 strutture
- b) con centri diagnostici e laboratori di analisi: 150 strutture
- c) medici convenzionati: 750 medici

In riferimento al numero complessivo dei convenzionamenti diretti in Emilia Romagna anche tramite società specializzata incaricata dalla Compagnia assicuratrice dovrà dichiarare di avere in essere:

- a) con istituti di cura pubblici e privati: 20 istituti
- b) con centri diagnostici e laboratori di analisi: 30 centri
- c) medici convenzionati: 150 medici.

Art. 4 GARANZIE

A precisazione di quanto prescritto nel presente Capitolato e nella convenzione, sarà fornito ai dipendenti un allegato informativo che esplicita mediante simulazioni, le modalità con le quali si effettua il rimborso in forma indiretta con applicazioni pratiche delle franchigie.

L'assicurazione è operante in caso di malattia ed infortunio, per le seguenti prestazioni:

1 Garanzia Base:

- 1.1. grandi interventi;
- 1.2. indennità sostitutiva grandi interventi;
- 1.3. indennità di ricovero nel caso di ricovero per intervento chirurgico non grande o senza intervento chirurgico, compreso il parto;
- 1.4. indennità di convalescenza;
- 1.5. indennità di ingessatura;
- 1.6. malattie oncologiche;
- 1.7. interventi di chirurgia ambulatoriale
- 1.8. alta specializzazione extraricovero;
- 1.9. servizi di consulenza.

2 Garanzie Aggiuntive:

- 2.1. visite specialistiche ed accertamenti diagnostici;
- 2.2. trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio;
- 2.3. interventi chirurgici odontoiatrici.

1 Garanzia Base

1.1 GRANDI INTERVENTI

Ricovero a seguito di un “Grande Intervento Chirurgico”, intendendosi per tali quelli di cui all'allegato 1.

Con ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

Qualora l'assicurato venga ricoverato per effettuare un Grande Intervento, può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero (*): esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Tali prestazioni sono garantite in forma rimborsuale.

Intervento chirurgico (*): onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

Assistenza medica, medicinali, cure (*): prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

Rette di degenza: non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel solo caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Compagnia assicuratrice, la garanzia è prestata nel limite di Euro 210,00 al giorno.

Accompagnatore: retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura. Nel solo caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Compagnia assicuratrice, la garanzia è prestata nel limite di Euro 55,00 al giorno, per un massimo di 30 giorni per ricovero.

Assistenza infermieristica: assistenza infermieristica privata individuale nel limite di Euro 55,00 al giorno per un massimo di 30 gg. per ricovero.

Post-ricovero (*): esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

In caso di ricovero in strutture convenzionate, la Compagnia assicuratrice liquida direttamente le spese delle prestazioni con il limite del massimale assicurato, ad eccezione dei limiti previsti in polizza ai punti: assistenza infermieristica privata, trasporto sanitario, rimpatrio della salma.

In caso di ricovero in strutture non convenzionate con la Compagnia assicuratrice, le prestazioni contrassegnate con (*) vengono rimborsate lasciando una quota del 20% a carico del cliente con il minimo non indennizzabile di Euro 500,00 e il massimo non indennizzabile di Euro 2.600,00 (per il calcolo dello scoperto e della franchigia vedasi la "nota informativa").

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al

ricovero verranno liquidate in forma rimborsuale dalla Compagnia assicuratrice con l'applicazione dello scoperto o del minimo non indennizzabile sopra citati.

Qualora il ricovero avvenisse in un struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia assicuratrice rimborsa le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ad esempio le spese per un'eventuale camera a pagamento) rimasti a suo carico. In questo caso, però, l'assicurato non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva grandi interventi (1.2).

Massimale dell'area ricovero

In termini assicurativi con massimale si intende una cifra oltre la quale il prodotto assicurativo o una sua parte non possono essere rimborsati.

La Convenzione prevede quindi un massimale, per l'area ricovero, che ammonta a Euro 200.000,00 per anno assicurativo/nucleo. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta da un componente del nucleo o dalle spese effettuate per più componenti, non vi è più la possibilità di ricevere le prestazioni. La copertura riprenderà l'anno successivo e con il nuovo pagamento di premio, per gli eventi che accadessero nel nuovo periodo. Non potranno però essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente.

Trasporto sanitario

La Compagnia assicuratrice rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile, con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro in Italia ed all'estero con il massimo di Euro 2.000,00 per ricovero.

Trapianti

La Compagnia assicuratrice rimborsa le spese di trapianto ed espianto di tutti gli organi o parte di essi incluso il midollo osseo, in conseguenza di malattia o infortunio, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore e per il trasporto dell'organo.

Nel caso di donazione da vivente, vengono rimborsate le spese sostenute durante il ricovero relativamente al donatore per accertamenti diagnostici, assistenza medico-infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza (in Italia e all'estero).

Rimpatrio della salma

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Compagnia assicuratrice rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di Euro 2.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

1.2 INDENNITÀ SOSTITUTIVA GRANDI INTERVENTI

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Compagnia assicuratrice per le spese sostenute durante il ricovero, avrà diritto a un'indennità di Euro 80,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ricovero.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere l'indennità per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

1.3 INDENNITÀ DI RICOVERO NEL CASO DI RICOVERO PER INTERVENTO CHIRURGICO NON GRANDE O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO COMPRESO IL PARTO

Nell'eventualità di un ricovero per intervento chirurgico non grande o senza intervento chirurgico, compreso il parto, verrà corrisposta un'indennità giornaliera di Euro 55,00 per un massimo di 90 gg. per ricovero.

1.4 INDENNITÀ DI CONVALESCENZA (GARANZIA NON ESTENDIBILE AI FAMILIARI)

L'assicurato, in caso di ricovero, avrà diritto a un'indennità di Euro 55,00 per un numero massimo di giorni pari a quello del ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per sinistro.

La convalescenza deve essere prescritta dall'Istituto di Cura all'atto delle dimissioni o, in un momento immediatamente successivo alle dimissioni, dal medico curante.

Tale garanzia non potrà essere estesa al coniuge o al convivente "more uxorio" ed ai figli, risultanti dallo stato di famiglia.

1.5 INDENNITÀ DI INGESSATURA (GARANZIA NON ESTENDIBILE AI FAMILIARI)

La Compagnia assicuratrice corrisponderà un'indennità giornaliera di € 55,00 nel caso di applicazione di ingessatura, in seguito a infortunio per un periodo non superiore a 30 giorni per anno assicurativo.

L'applicazione dell'ingessatura deve essere certificata mediante idonea documentazione di un Pronto Soccorso o di altro centro medico da cui risulti la lesione subita dall'Assicurato e la data di apposizione; la data di rimozione deve essere altresì attestata da apposita documentazione medica.

Tale garanzia non potrà essere estesa al coniuge o al convivente "more uxorio" ed ai figli, risultanti dallo stato di famiglia.

1.6 MALATTIE CARDIOLOGICHE E ONCOLOGICHE

Area Ricovero

Nel caso di malattie oncologiche, la Compagnia assicuratrice rimborserà le spese sanitarie ospedaliere ed extraospedaliere conseguenti alla patologia stessa.

Modalità di erogazione delle prestazioni relative alle malattie oncologiche

In strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia assicuratrice: pagamento diretto da parte della Compagnia assicuratrice alla casa di cura per le prestazioni erogate senza applicazione di franchigie o scoperti.

In strutture sanitarie private non convenzionate con Compagnia assicuratrice: rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 20% con il minimo non indennizzabile di € 500,00, per ogni ricovero.

In strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in caso di ricovero a carico del S.S.N.: rimborso delle eccedenze di spese nel limite dei massimali assicurati.

Accertamenti diagnostici oncologici

Sono inoltre comprese nella garanzia gli accertamenti diagnostici conseguenti alla patologia oncologica.

Modalità di erogazione degli accertamenti diagnostici oncologici

In strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia assicuratrice: pagamento diretto da parte della Compagnia assicuratrice alla casa di cura per le prestazioni erogate senza

applicazione di franchigie o scoperti, nel caso di prestazione erogata a favore del familiare del dipendente verrà applicata una franchigia di € 30,00.

In strutture sanitarie private non convenzionate con la Compagnia assicuratrice: rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 20% con il minimo non indennizzabile di € 35,00 per ogni accertamento.

In strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate: rimborso delle eccedenze di spese nel limite dei massimali assicurati.

Il massimale annuo assicurato per le garanzie sopra indicate corrisponde a € 14.000,00 per persona e/o per nucleo familiare.

Visite specialistiche cardiologiche ed oncologiche: la Compagnia assicuratrice provvede inoltre al pagamento delle spese per visite specialistiche cardiologiche ed oncologiche.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Relativamente a tali visite i documenti di spesa devono riportare l'indicazione della specialità del medico, la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Le visite devono essere richieste con prescrizione del medico AUSL.

Modalità di erogazione delle visite cardiologiche ed oncologiche

In strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia assicuratrice: pagamento diretto da parte della Compagnia assicuratrice alla struttura per le prestazioni erogate all'Assicurato dalla struttura sanitaria, nel caso di prestazione erogata a favore del familiare del dipendente verrà applicata una franchigia di € 30,00.

In strutture sanitarie private non convenzionate con Compagnia assicuratrice: rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto pari al 25% con il minimo non indennizzabile di € 35,00 per ogni visita.

In strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate: rimborso integrale dei ticket sanitari nel limite del massimale assicurato

Massimale annuo assicurato € 4.500,00 per persona e/o per nucleo familiare.

1.7. INTERVENTI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE

Sono inoltre compresi nella garanzia gli interventi di chirurgia ambulatoriale, non a carattere estetico:

- in strutture sanitarie convenzionate con la compagnia assicuratrice: pagamento diretto da parte della compagnia senza applicazione di franchigie o scoperti.
- in strutture sanitarie non convenzionate con la compagnia assicuratrice: rimborso delle spese sostenute con applicazione di uno scoperto pari al 20% con il minimo non indennizzabile di € 200,00 per ogni intervento.
- in strutture del SSN o da esso accreditate: rimborso delle eccedenze di spese nel limite dei massimali assicurati.

Sarà fornito ai dipendenti e/o Amministrazioni del GdA, contestualmente alle prescrizioni del presente capitolato un allegato informativo che esplicita mediante simulazioni, le modalità con le quali si effettua il rimborso in forma indiretta con applicazioni pratiche delle franchigie.

Massimale annuo assicurato per persona e/o nucleo familiare € 10.000,00.

1.8 ALTA SPECIALIZZAZIONE EXTRARICOVERO

Con il termine “alta specializzazione”, si intende una serie di accertamenti e di terapie generalmente piuttosto costosi, in quanto effettuati con macchinari altamente sofisticati, comprese le endoscopie in garanzia con prelievo biptico. Queste prestazioni sono elencate nella tabella successiva:

Alta diagnostica radiologica:	
– Angiografia	– Pneumoencefalografia
– Artrografia	– Radioterapia
– Broncografia	– Retinografia
– Cisternografia	– Rx esofago, Rx tubo digerente
– Cistografia	– Scialografia
– Clisma opaco	– Splenoportografia
– Colangiografia	– Tomografia torace, Tomografia in genere,
– Colangiografia percutanea	– Tomografia logge renali, Tomoxerografia
– Colecistografia	– Tomografia ad emissione di positroni (PET)
– Dacriocistografia	– Urografia
– Defecografia	– Vesciculodeferentografia
– Discografia	– Mammotom
	– Falangiografia

<ul style="list-style-type: none"> – Fistelografia – Ecografie – Endoscopia(gastroscofie, colonscofie, esami endoscopici di natura otorinolaringoiatrica etc) – Flebografia – Fluorangiografia – Galattografia – Isterosalpingografia – Linfografia – Mammografia – Mielografia 	<ul style="list-style-type: none"> – Pap Test – Colonscopia proptologica <p>Ticket sanitari</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) – Risonanza Magnetica Nucleare – Scintigrafia – Elettromiografia – Dialisi – Chemioterapia – Cobaltoterapia – Laserterapia a scopo fisioterapico
---	---

Modalità di erogazione delle prestazioni di alta specializzazione

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate, le spese per prestazioni erogate all'assicurato vengono liquidate direttamente dalla Compagnia assicuratrice alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Il cliente dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la presunta patologia o la patologia già accertata.

Nel caso in cui l'assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Compagnia assicuratrice, le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto pari al 25% con il minimo non indennizzabile di € 35,00 per ogni prestazione. Per ottenere il rimborso da parte della Compagnia assicuratrice, è necessario che l'assicurato allegghi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la presunta patologia o la patologia già accertata. Sarà fornito ai dipendenti e/o Amministrazioni, contestualmente alle prescrizioni del presente capitolato un allegato informativo che esplicita mediante simulazioni, le modalità con le quali si effettua il rimborso in forma indiretta con applicazioni pratiche delle franchigie.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia assicuratrice rimborserà integralmente i ticket sanitari dell'Assicurato. In questo caso, il dipendente per ottenere il rimborso, dovrà inviare la prescrizione, solitamente ritirata al momento dell'effettuazione dell'esame, in copia o nelle forme che la Compagnia assicuratrice avrà offerto in sede di gara.

Relativamente alla sola mammografia, la prestazione verrà garantita ed erogata in qualsiasi struttura convenzionata e non anche in assenza di prescrizione medica.

La polizza comprende, oltre a quanto sopra esplicitato, il pagamento di ogni ticket sanitario riferito a visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici, anche in assenza di “garanzie aggiuntive”. Per il relativo rimborso l'assicurato dovrà fornire la prescrizione medica contenente la presunta patologia o la patologia accertata, con l'esclusione delle visite pediatriche non rese necessarie da specifiche patologie del bambino (non sono quindi compresi i controlli “routinari ” della regolarità della crescita) e delle visite ed accertamenti odontoiatrici ed ortodontici.

Massimale annuo dell'alta specializzazione

La disponibilità annua per la garanzia alta specializzazione per persona e per nucleo familiare è di € 10.000,00.

1.9 SERVIZI DI CONSULENZA E CALL CENTER

Con la sottoscrizione della Convenzione la Compagnia assicuratrice dovrà avere già attivato il servizio di Call Center, e comunicato il numero di telefono dedicato, l'indirizzo e-mail e il numero di telefax. Il Call center sarà aperto tutti i giorni esclusa la domenica e festivi ai seguenti orari:

- lunedì – venerdì dalle ore 8.30 alle 19.00
- il sabato dalle ore 8.30 alle 13.00

E' fatto obbligo per la Compagnia assicuratrice avere formato gli operatori del Call Center sulle modalità di erogazione del servizio di polizza assicurativa sanitaria ai dipendenti e alle Amministrazioni, così come descritte nel presente capitolato e ad uniformarsi alle prescrizioni offerte dalla Compagnia assicuratrice in sede di offerta tecnica.

Gli operatori del Call Center dovranno essere formati per fornire alle Amministrazioni e ai dipendenti le informazioni relative ai servizi compresi nella Convenzione, quali inoltre dei reclami, chiarimenti sulle fatturazioni, etc.

Inoltre il Call Center fornirà assistenza tramite numero verde disposto dalla Compagnia assicuratrice per i seguenti casi:

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Compagnia assicuratrice attuerà un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Compagnia assicuratrice fornirà un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia medesima.

2 GARANZIE AGGIUNTIVE

2.1 VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La polizza prevede il pagamento delle spese per le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite pediatriche non rese necessarie da specifiche patologie del bambino (non sono quindi compresi i controlli "routinari" della regolarità della crescita) e delle visite ed accertamenti odontoiatrici ed ortodontici.

Rientrano in garanzia le visite pediatriche effettuate per specifiche patologie del bambino che richiedano l'intervento di uno specialista diverso dal "pediatra di base", fatta salva l'attinenza tra specialista e malattia.

Modalità di erogazione delle visite specialistiche e degli accertamenti diagnostici

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate, le spese per prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Compagnia assicuratrice alle strutture stesse senza applicazione di alcuna franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Compagnia assicuratrice, le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto pari al 30% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico. Anche in questo caso per ottenere il rimborso da parte della Compagnia assicuratrice, è necessario che l'Assicurato allegghi alla fattura la richiesta del medico curante che attesti la patologia presunta o accertata.

Massimale annuo delle visite specialistiche e degli accertamenti diagnostici

La disponibilità annua per la garanzia "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici" per persona e per nucleo familiare è di € 1.500,00.

2.2 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

La polizza comprende i seguenti trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di pronto soccorso, sempreché siano prescritti da un medico ed effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Prestazioni di fisioterapia

- Kinesiterapia;
- Chiropratica;
- Ionoforesi;
- Laserterapia;
- Ultrasuoni;
- Radar;
- Massoterapia;
- Tecar Terapia;
- Magnetoterapia.

Massimale annuo dei trattamenti fisioterapici

La disponibilità annua per la garanzia delle prestazioni fisioterapiche è di € 700 per il dipendente o il nucleo familiare.

Le spese sostenute per le prestazioni vengono rimborsate con uno scoperto pari al 30% con il minimo non indennizzabile di € 75,00 per ciascuna tipologia di prestazione e per ogni ciclo di terapia.

2.3 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI

La Compagnia assicuratrice rimborserà le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari;
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella;
- cisti follicolari;

- cisti radicolari;
- adamantinoma;
- odontoma.

Le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 2.500,00 per anno assicurativo e per singolo / per nucleo familiare.

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma;
- referti medici attestanti le neoplasie ossee della mandibola e/o della mascella.

Art. 5 CASI DI NON OPERATIVITÀ DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura assicurativa non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di garanzia prevista e non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dall'assicurazione. Questi eventi si possono suddividere in tre categorie:

Esclusioni comuni a tutte le coperture assicurative:

- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento. Si precisa che gli infortuni che derivassero dalla pratica di altri sport o dalla guida di mezzi a motore avvenuti durante la vita di tutti i giorni non comportano l'esclusione della copertura assicurativa;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assicurato, in quanto non viene ritenuto opportuno tutelare azioni delittuose;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra e insurrezioni.

Esclusioni specifiche delle polizze sanitarie:

- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;

- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- vengono considerate prestazioni di carattere estetico, quindi come tali non rimborsabili, anche gli interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare;
- i ricoveri durante i quali vengono effettuati solo accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio.

Esclusioni particolari:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. Con questa esclusione si intendono situazioni quali ad esempio la zoppia o il labbro leporino, o comunque tutti quei casi che risultino devianti dal normale assetto morfologico di un organismo di parte dei suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite o congenite;
- la fecondità assistita e cura della sterilità e gli interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare, in quanto entrambe vengono considerate correzioni di difetti fisici. Per ciò che riguarda la correzione dei vizi di rifrazione oculare, nei quali si inseriscono gli interventi di correzione della miopia, anche se non risultano in copertura, sarà possibile usufruire di tariffe agevolate concordate con strutture convenzionate con la Compagnia assicuratrice;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza;
- i ricoveri per lunga degenza, ossia quelli determinati da condizioni fisiche dell'assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

Art. 6 DECORRENZA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura assicurativa avrà la seguente decorrenza:

GARANZIA BASE PER I DIPENDENTI: avrà effetto dalle ore 24.00 del XX/XX/XXXX in forma rimborsuale, mentre in forma diretta dall'invio dei nominativi degli assicurati.

GARANZIE AGGIUNTIVE PER I DIPENDENTI E LE COPERTURE PER I FAMILIARI: avranno effetto dalle ore 24.00 del XX/XX/XXXX in forma rimborsuale, mentre in forma diretta dalla data di ricevimento dei moduli d'adesione.

Art. 7 ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura assicurativa ha validità in tutto il mondo con le medesime modalità con cui è operante in Italia.

Art. 8 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il 75° anno di età, l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo assicurato.

Art. 9 GESTIONE DEI DOCUMENTI DI SPESA

La Compagnia assicuratrice dovrà garantire un servizio di conservazione della documentazione di spesa conservando in luogo sicuro tutte le fatture e le ricevute relative agli assicurati.

La documentazione è in ogni caso a disposizione degli assicurati che possono richiederne il tempestivo invio per verifiche fiscali o per eventi di natura particolare.

La Compagnia assicuratrice dovrà garantire, a seguito di presentazione da parte dell'assicurato della idonea documentazione, un tempo di rimborso massimo di 35 giorni, dal ricevimento della pratica stessa.

Art.10 INFORMATIVE SUI RAPPORTI CON ASSICURATO

Al fine di soddisfare le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli assicurati sullo stato delle loro richieste di rimborso, la Compagnia assicuratrice dovrà provvedere a mettere a disposizione per ciascuna richiesta di rimborso e in tempo utile per gli adempimenti di legge (in particolare per la compilazione della dichiarazione dei redditi) un riepilogo del sinistro denunciato con l'indicazione,

per ogni documento di spesa, dell'importo richiesto, di quello rimborsato e dell'eventuale quota rimasta a carico dell'assicurato (quest'ultima detraibile dalla dichiarazione dei redditi).

Art.11 MODALITA' DI ESTENSIONE E NUOVI INSERIMENTI

Il dipendente assicurato che intenda estendere a se stesso le "garanzie aggiuntive", potrà esercitare tale facoltà (con onere a proprio carico) soltanto entro 30 gg. dalla data di decorrenza della copertura assicurativa, ossia dalla data di emissione dell'Ordinativo di Fornitura da parte di ciascuna Amministrazione aderente al Gruppo di Acquisto, compilando e consegnando un apposito modulo di adesione. Dopo tale data, non sarà più possibile esercitare detta facoltà fino alla scadenza del contratto.

Il dipendente assicurato che effettui la disdetta delle "garanzie aggiuntive" alla fine di ogni anno assicurativo non potrà rientrare nella copertura negli anni successivi, neppure nell'ipotesi di ripetizione di servizi analoghi.

E' prevista la possibilità da parte degli assicurati di inserire in copertura (con versamento del premio a proprio carico) il coniuge o convivente more uxorio e i figli fiscalmente e non fiscalmente a carico da stato di famiglia. L'estensione delle "garanzie aggiuntive" al nucleo familiare è sempre effettuata a condizione che venga inserito il nucleo familiare nella "garanzia base".

L'assicurato che decidesse di inserire uno o più componenti del proprio nucleo familiare, per la sola "garanzia base" ovvero per la "garanzia base " e le "garanzie aggiuntive" deve esercitare tale possibilità entro 30 gg. dalla data di decorrenza della copertura assicurativa, ossia dalla data di emissione dell'Ordinativo di Fornitura da parte di ciascuna Amministrazione aderente al Gruppo di Acquisto, compilando e consegnando un apposito modulo di adesione. Dopo tale data i familiari dei dipendenti già presenti alla data di effetto della polizza non potranno essere più inseriti nella copertura fino alla scadenza del contratto. Non sarà altresì possibile per i familiari del dipendente usufruire delle "garanzie aggiuntive", qualora tale opzione non sia stata esercitata al momento dell'inserimento in copertura del familiare.

Sarà possibile inserire nella copertura, invece, i nuovi nati o nuovi coniugi o conviventi. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Compagnia assicuratrice dell'apposito modulo di adesione. La garanzia decorrerà dalla data di certificazione della variazione sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni; in caso contrario decorrerà dal giorno di comunicazione alla Compagnia assicuratrice.

E' prevista la facoltà per gli assicurati di escludere i familiari alla fine di ogni anno assicurativo, ma, in questo caso, non potranno più rientrare in copertura, neppure nell'ipotesi di ripetizione di servizi analoghi.

Nel caso di nuove assunzioni, la garanzia base per il dipendente decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Compagnia assicuratrice entro 30 giorni.

Nei medesimi 30 giorni il dipendente può esercitare l'opzione delle "garanzie aggiuntive" per sé nonché inserire uno o più componenti del proprio nucleo familiare, per la sola "garanzia base" ovvero per la "garanzia base" e le "garanzie aggiuntive". In tali casi il premio viene corrisposto dal dipendente in trecentosessantesimi.

Nell'ipotesi di disdetta del dipendente assicurato, cesseranno automaticamente anche tutte le garanzie a favore dei familiari.

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex dipendente e gli eventuali familiari assicurati, verranno mantenuti nella garanzia fino alla prima scadenza annuale successiva alla data di cessazione del rapporto di lavoro.

Art.12 CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA

Le prestazioni oggetto della presente Convenzione confluiranno all'interno della Cassa di assistenza sanitaria denominata CASSA PREVILINE ASSISTANCE, con la quale le Amministrazioni aderenti al GdA dovranno stipulare apposito accordo.

Le relative spese di adesione sono ricomprese nei premi pattuiti in Convenzione.

Art. 13 SERVIZIO DI REPORTISTICA

La Compagnia assicuratrice deve inviare ad ogni Amministrazione del GdA, su base trimestrale, entro 30 giorni solari successivi a ciascun trimestre di riferimento, i dati aggregati e riassuntivi relativi alle prestazioni contrattuali; le Amministrazione del GdA può richiedere alla Compagnia assicuratrice l'elaborazione di report specifici anche in formato elettronico e/o in via telematica.

Il monitoraggio di tutte le attività relative alla Convenzione potrà altresì essere effettuato dall'Agenzia anche mediante l'uso di nuove tecnologie e soluzioni organizzative; a tal fine, la Compagnia assicuratrice, per quanto di sua competenza, si impegna a prestare piena collaborazione per rendere possibile dette attività di monitoraggio. In particolare i report trimestrali devono contenere almeno le seguenti informazioni:

- nome dell'Amministrazione Contraente;
- numero delle richieste pervenute in convenzionamento diretto;
- numero delle richieste pervenute in forma indiretta;

- tipologia di prestazione;
- tipologia di richiesta di rimborso da effettuare da parte del Fornitore;
- tempo di rimborso.

Art.14 DATI SUGLI ASSICURATI

Di seguito si riporta la tabella con l'indicazione del numero dei dipendenti totale da assicurare in "Garanzia base"

Ente	comparto	dirigenti
Regione Emilia-Romagna	2.770	176
Consorzio Fitosanitario di PC	5	1
Consorzio Fitosanitario di PR;	4	1
Az. reg. diritto allo studio Er.Go	142	3

La tabella successiva riporta il numero dei dipendenti facenti parte il Gruppo d'acquisto, che hanno esteso su base volontaria la "garanzia base" e le "garanzie aggiuntive" per il proprio nucleo familiare, nel corso delle precedenti Convenzioni poste in essere dall'Amministrazione:

	01/07/2011	01/07/2012
1) dipendenti che hanno esteso la polizza per "garanzie aggiuntive"	594	473
2) dipendenti che hanno esteso la polizza "garanzia base" per coniuge, e per ogni figlio	92	45
3) dipendenti che hanno esteso la polizza "garanzie aggiuntive" per coniuge e per ogni figlio	159	143
4) dipendenti a tempo determinato che hanno aderito alla "garanzia base"	2	1
5) dipendenti a tempo determinato che hanno esteso la "garanzia base" per il proprio coniuge e per ogni figlio	0	0
6) dipendenti a tempo determinato che hanno esteso la "garanzie aggiuntive per coniuge e per ogni figlio	2	0
7) dirigenti in ruolo e non che hanno sottoscritto con la compagnia la polizza "garanzia base"	4	2
8) dirigenti in ruolo e non che hanno sottoscritto con la	9	16

compagnia la Polizza “garanzie aggiuntive “		
9) dirigenti in ruolo e non che hanno sottoscritto con la compagnia la Polizza “garanzie aggiuntive” per il coniuge e per ogni figlio	6	8

Allegato n°1

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA ANCHE CON CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

TECNICHE MICROCHIRURGIA E LASER - Interventi di resezione (totale o parziale)

- Interventi di neurochirurgia per via dell'esofago

craniotomica o

- Interventi con esofagoplastica

transorale

- Interventi per mega-esofago

- Interventi di cranioplastica

- Resezione gastrica totale

- Intervento sulla ipofisi per via

- Resezione gastro-digiunale

transfenoidale

- Intervento per fistola gastro-digiunocolica

- Asportazione tumori dell'orbita

- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni

- Asportazione di processi espansivi del

rettocoliche per via laparotomica (con o senza colostomia)

rachide (intra

- Interventi di amputazione del retto-ano

e/o extramidollare)

- Interventi per ernia del disco e/o per

- Interventi per megacolon per via anteriore o

mielopatie di

addomino-perineale

altra natura a livello cervicale anche con

- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale

tecniche microchirurgia e laser

- Drenaggio di ascesso epatico

- Interventi per ernia del disco dorsale e/o

- Interventi per echinococchi epatici

per

- Resezioni epatiche

mielopatie di altra natura per via posteriore,

- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari

laterale

- Interventi chirurgici per ipertensione portale

o transtoracica

- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via

- Interventi sul plesso brachiale

laparotomica

OCULISTICA

- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole

- Interventi per neoplasie del globo oculare

pancreatiche

- Interventi di enucleazione del globo

per via laparotomica

oculare

- Interventi per neoplasie pancreatiche

- Trapianto corneale a tutto spessore

UROLOGIA

- Intervento per distacco di retina

- Nefroureterectomia radicale

OTORINOLARINGOIATRIA

- Surrenalectomia

- Impianto con tecnica cocleare

- Interventi di cistectomia totale

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale

- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia

- Asportazione di tumori parafaringei,

- Cistoprostatovesicolectomia

dell'ugola (int. di ugulotomia) e delle corde vocali (int. di corpectomia)	- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi demolitivi del laringe (int. di laringectomia totale o parziale)	- Interventi di orchiectomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare	GINECOLOGIA
- Ricostruzione della catena ossiculare	- Tumore del seno e ricostruzione
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico	- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari	- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia
CHIRURGIA DEL COLLO	inguinale e/o pelvica
- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale	- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO	- Interventi per costola cervicale
- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici	- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi per fistole bronchiali	- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Interventi per echinococchi polmonare	- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Pneumectomia totale o parziale	- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi per cisti o tumori del mediastino	- Interventi di protesizzazioni di spalla, gomito, anca o ginocchio
CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE	CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sottoelencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)
- Interventi sul cuore per via toracotomica	- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy)
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica	- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica	- Correzione chirurgica di megarectere congenito
- Endarterectomy della. carotide e della.	- Correzione chirurgica di megacolon congenito

vertebrale

- Decompressione della vertebrale nel forame

trasversario

- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi

- Asportazione di tumore glomico carotideo

TRAPIANTI DI ORGANO

- Trapianto ed espianto di tutti gli organi o parte di essi, incluso il midollo osseo