

**GUIDA ALL'UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE
REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E REGIME RIMBORSUALE**

La presente guida descrive le procedure operative che gli Assistiti dovranno seguire per accedere alle prestazioni garantite dal Fondo mètaSalute.

Le prestazioni sono garantite attraverso **i seguenti regimi di erogazione:**

- a) **assistenza sanitaria diretta:** è riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario reso disponibile al Fondo mètaSalute da Previmedical S.p.A., Società specializzata incaricata della gestione del Network, con pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assistito, il quale pertanto non deve anticipare alcuna somma fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti che rimangono a suo carico;
- b) **assistenza sanitaria rimborsuale:** è riconosciuto agli Assistiti il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte dai medesimi e non rientranti nell'ambito del network sanitario reso disponibile nei limiti prestabiliti dal proprio Piano Sanitario.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate è obbligatorio attivare il regime di assistenza sanitaria diretta; qualora l'assistito non provveda ad effettuare la preattivazione, la prestazione non potrà essere liquidata né presentata a rimborso.

Non sono ammesse prestazioni eseguite presso le case di convalescenza e di soggiorno, colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA), in quanto non considerati "Istituti di Cura", nonché palestre, club ginnicosportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Nel caso in cui l'Assistito decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N. e tutte le spese del ricovero fossero a carico del S.S.N., verrà corrisposta un'indennità sostitutiva giornaliera per ogni giorno di ricovero con pernottamento (si intende escluso il pernottamento in pronto soccorso), nei termini e per i casi previsti dal Piano Sanitario.

Nel caso in cui venissero effettuate prestazioni sanitarie a fronte della sola indicazione di un generico dolore, ovvero algia, quale, ad esempio: cervicalgia, dorsalgia, lombalgia, rachialgia, gonalgia, coxalgia, epigastralgia, addominalgia, non sarà possibile procedere all'autorizzazione alla prestazione diretta o rimborsuale in quanto il termine medico "algia" indica un dolore localizzato o sintomo e non identifica una condizione patologica.

Tutti i sintomi dolorosi localizzati (algia) garantiranno l'operatività della copertura solo se accompagnati da opportuno sospetto diagnostico. Fanno eccezione alcune specifiche condizioni che indicano specificatamente una condizione di franca patologia, come ad es.: Precordialgia, Pubalgia, Fibromialgia, Toracoalgia, Nevralgia del Trigemino, poliamialgia."

Si precisa inoltre che per poter eseguire trattamenti fisioterapici e riabilitativi, intesi come tali le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza, è necessario siano eseguiti da medico o da – fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002) o da Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995, salvi ulteriori requisiti di legge.

NOTA BENE: DISPOSIZIONI RELATIVE ALLE PRESTAZIONI EFFETTUATE TRA DUE ANNUALITÀ

Tutte le prestazioni sanitarie o cicli di cura/terapie iniziate in un determinato esercizio saranno imputate, fino a concorrenza, al massimale previsto per ciascuna garanzia in tale periodo di assicurazione dal momento che la patologia oggetto di copertura ed il conseguente trattamento (sinistro) si sono verificati in tale esercizio. L'eventuale quota di spesa non assorbibile all'interno del massimale annuo rimarrà a carico dell'assicurato.

Esempio: Qualora l'assicurato abbia effettuato la prima visita odontoiatrica nel corso del 2017 ed il dentista abbia riscontrato in questa occasione una patologia che richiede l'esecuzione di un piano di cura che prevede cinque sedute da effettuarsi, in base alle disponibilità dell'agenda del dentista, tre prima della fine del 2017 e due agli inizi del 2018 tutte le prestazioni riconducibili alla patologia assicurata saranno indennizzate a valere su massimale cure dentarie previsto per l'esercizio 2017.

In ogni caso, tutte le informazioni relative al Piano Sanitario sono disponibili e costantemente aggiornate anche sul sito internet www.fondometasalute.it.

Inoltre, sempre dal sito del Fondo mètaSalute www.fondometasalute.it, previa autenticazione, si accede all'Area Riservata agli iscritti dove è possibile:

- a) consultare l'elenco delle strutture convenzionate e dei medici convenzionati;
- b) compilare la richiesta di rimborso (nei limiti di quanto stabilito dal successivo § II, lett. D).

L'accesso all'Area Riservata è consentito agli Assistiti ai quali all'atto dell'iscrizione sono state rilasciate login e password.

Segnaliamo altresì che attraverso il pulsante “assicurazione” è possibile accedere all'Area Riservata di RBM Assicurazione Salute e usufruire anche del servizio “Vedi la tua pratica”.

Tale servizio, attraverso un sistema di messaggistica telefonica (SMS) consente di essere costantemente aggiornati sulle seguenti attività:

- a) avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
- b) avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso;

c) eventuale reiezione per non indennizzabilità della domanda di rimborso.

Per maggiori dettagli sull'attivazione del servizio si rinvia al successivo § III, lett. F., "VEDI LA TUA PRATICA®".

Infine, è data l'opportunità agli Assistiti, qualora avessero interesse per un medico e/o una struttura sanitaria non attualmente rientrante nell'ambito del Network reso loro disponibile, di segnalare tale nominativo/ente, affinché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento; a tal fine, sarà sufficiente proporre la candidatura a RBM Assicurazione Salute, trasmettendo la richiesta al seguente indirizzo e-mail: ufficio.convenzioni@rbmsalute.it

I. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l'Assistito **dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa** per ottenere la relativa autorizzazione.

A seguire, si fornisce il dettaglio dei passaggi procedurali da seguire, differenziati in ragione della tipologia di prestazione per la quale si chiede l'accesso al regime diretto

In caso di mancata presentazione all'appuntamento si prega di darne pronta comunicazione alla Centrale Operativa.

A. AREA OSPEDALIERA

PRIMA DEL RICOVERO/INTERVENTO CHIRURGICO

A.1.1 PRENOTAZIONE ED AUTORIZZAZIONE

Prima di un ricovero o di essere sottoposto ad un intervento chirurgico, l'Assistito **deve contattare preventivamente la Centrale Operativa**, per effettuare la prenotazione e ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta.

Per richiedere la prenotazione dell'intervento e conseguente autorizzazione, l'Assistito dovrà contattare i seguenti numeri telefonici dedicati:

- **800.189671** da telefono fisso e cellulare (numero verde);
- **+39 06.94809052** per chiamate dall'estero.

La richiesta alla Centrale Operativa dovrà pervenire con un preavviso di almeno 24 ore (1 giorno lavorativo).

Resta inteso che la richiesta dovrà pervenire alla Centrale Operativa con un tempo congruo di preavviso, in relazione alla specifica tipologia di prestazione/intervento richiesto.

Al fine di permettere la verifica e l'analisi della documentazione medica, l'Assistito dovrà chiamare con adeguato anticipo (almeno 7 giorni) la Centrale Operativa che dopo la dovuta verifica potrebbe chiedere integrazione della stessa.

La Centrale Operativa garantirà comunque risposta alla richiesta purché questa arrivi entro e non oltre le 24 ore prima dell'evento. In caso di mancato rispetto delle tempistiche, la risposta non potrà essere garantita.

La Centrale Operativa è a disposizione degli Assistiti 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.

L'Assistito 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;
- preferenza sulla data della prestazione.

L'Assistito **dovrà trasmettere via fax**, al numero **+39 0422.17.44. 799** o via mail (assistenza.metasalute@previmedical.it) alla Centrale Operativa:

- prescrizione/certificato medico (compresa la prescrizione medica elettronica) attestante la prestazione ospedaliera da effettuare/diagnosi;
- il referto del Pronto Soccorso, nel caso di infortunio, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile. 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.

In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'assicurato 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'assicurato è tenuto a trasmettere alla Compagnia il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).

A seguito della prenotazione effettuata dalla Centrale Operativa direttamente alla Struttura Sanitaria, verrà rilasciata l'autorizzazione ad eseguire la prestazione nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata.

In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa o il codice di autorizzazione ricevuto tramite SMS o E-Mail.

L'Assistito 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, della relativa autorizzazione.

A.1.2 PRENOTAZIONE ONLINE (TRAMITE AREA RISERVATA O APP MOBILE)

L'Assistito, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la prenotazione con modalità telematiche accedendo alla propria area riservata dal sito www.fondometasalute.it, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "Richiesta di Prenotazione Assistenza Convenzionata online".

L'iscritto deve selezionare l'Assistito per il quale intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato.

Effettuata la scelta del soggetto per il quale si intende richiedere la prestazione, l'Assistito avrà accesso ad una maschera ove poter impostare i criteri di ricerca della struttura sanitaria in funzione della tipologia di ricovero da eseguire.

Terminata la compilazione della maschera di ricerca, l'Assistito potrà visualizzare l'elenco delle strutture appartenenti alla tipologia richiesta, facenti parte del Network, con possibilità di selezione di quella prescelta.

L'assistito dovrà indicare inoltre la preferenza sulla data della prestazione ed allegare la documentazione medica attestante il ricovero da eseguire.

A questo punto l'Assistito, premendo il pulsante di conferma, invia alla Centrale Operativa la richiesta di prenotazione.

A seguito della prenotazione effettuata dalla Centrale Operativa direttamente alla Struttura Sanitaria, verrà rilasciata l'autorizzazione ad eseguire la prestazione nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata.

In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa o il codice di autorizzazione ricevuto tramite SMS o E-Mail.

A.1.3 ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in network senza rispettare il preavviso di 24 ore (1 giorno lavorativo), è attivabile limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna.

Per l'attivazione della procedura d'urgenza, dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a richiedere l'invio della seguente documentazione **a mezzo fax (+39 0422.17.44.799) o e-mail (assistenza.metasalute@previmedical.it):**

- prescrizione medica contenente il quesito diagnostico e il tipo di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità ed urgenza tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta, al fine di ottenere un'autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla normale procedura;
- nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile. Si precisa che non sono ammessi infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura e gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.

Nel caso di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa, l'Assistito potrà richiedere l'autorizzazione **entro un massimo di 3 giorni dall'esecuzione dell'intervento** e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata. Contestualmente l'Assistito dovrà provvedere ad inviare alla Centrale Operativa la documentazione come sopra indicato.

Resta inteso comunque 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 alle prestazioni sanitarie erogate all'estero, per le quali l'Assistito sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

A.1.4 MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA

Qualora l'Assistito acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, **la prestazione non potrà essere liquidata né presentata a rimborso.**

DOPO IL RICOVERO/INTERVENTO CHIRURGICO

A prestazione avvenuta, l'Assistito 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 le spese non strettamente relative alla degenza, come telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc.. Previmedical per conto del Fondo mètaSalute, provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della struttura sanitaria della fattura e della documentazione medica richiesta (prescrizione medica, diagnosi e/o quesito diagnostico, cartella clinica contenente anche l'anamnesi prossima e remota).

L'Assistito riceverà idonea attestazione comprovante l'avvenuta liquidazione.

B. AREA EXTRAOSPEDALIERA

PRIMA DI RICEVERE LA PRESTAZIONE

B.1.1 L'AUTORIZZAZIONE

Prima di ricevere le prestazioni, l'Assistito **deve contattare preventivamente la Centrale Operativa**, per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta; difatti poiché gli accordi con le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che si acceda agli operatori sanitari esclusivamente per il tramite della Centrale Operativa, in mancanza del quale l'accesso al regime di assistenza diretta non è consentito.

Per richiedere l'autorizzazione, l'Assistito dovrà contattare i seguenti numeri telefonici dedicati:

- **800.189671** da telefono fisso e cellulare (numero verde);
- **+39 06.94809052** per chiamate dall'estero.

In merito all'attivazione del pagamento diretto **per i pacchetti di prevenzione**, qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione si trovi ad una distanza dal domicilio dell'assicurato superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione.

Ai fini dell'applicazione dell'agevolazione chilometrica sopra indicata sarà necessario attivare il pagamento diretto dei pacchetti di prevenzione attraverso il sito www.fondometasalute.it.

L'autorizzazione va richiesta alla Centrale Operativa con un preavviso di 24 ore (1 giorno lavorativo).

Resta inteso che la richiesta dovrà pervenire alla Centrale Operativa con un tempo congruo di preavviso, in relazione alla specifica tipologia di prestazione/intervento richiesto.

Al fine di permettere la verifica e l'analisi della documentazione medica, l'Assistito dovrà chiamare con adeguato anticipo (almeno 3 giorni prima) la Centrale Operativa che dopo la dovuta verifica potrebbe chiedere integrazione della stessa.

La Centrale Operativa garantirà comunque risposta alla richiesta purché questa arrivi entro e non oltre le 24 ore prima dell'evento. In caso di mancato rispetto delle tempistiche, la risposta non potrà essere garantita.

La Centrale Operativa è a disposizione degli Assistiti 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.

L'Assistito 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;
- struttura sanitaria convenzionata presso la quale verrà effettuata la prestazione;

- data e ora dell'appuntamento;
- lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi e/o quesito diagnostico;
- il referto del Pronto Soccorso, nel caso di infortunio, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile. Si precisa che non sono ammessi infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura e gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.

In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'assicurato 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'assicurato è tenuto a trasmettere alla Compagnia 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'Assistito (inclusione in copertura e verifica regolarità contributiva dell'Assistito).

La Centrale Operativa, esperiti i controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione tecnico-medica della richiesta avanzata, effettuando la pre-analisi della documentazione medica comunicata telefonicamente dall'Assistito (valutando, a titolo esemplificativo, l'inclusione della prestazione richiesta nel Piano Sanitario di riferimento dell'Assistito, i massimali residui, ecc.).

Ai fini della predetta analisi, la Centrale Operativa si riserva, ove necessario, di richiedere all'Assistito l'invio, a mezzo fax o e-mail, della predetta documentazione medica oggetto d'analisi (certificato medico indicante la diagnosi e/o quesito diagnostico).

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

L'Assistito, nell'ipotesi in cui l'analisi tecnico-medica compiuta dalla Centrale Operativa abbia avuto esito positivo, riceverà da quest'ultima l'autorizzazione alla prestazione extraospedaliera a mezzo sms o e-mail, che dovrà essere portata con sé il giorno dell'appuntamento. La Centrale Operativa, effettuata con esito positivo l'analisi tecnico-medica, autorizza altresì a mezzo fax o e-mail la Struttura Convenzionata ad erogare la prestazione all'Assistito in regime di assistenza diretta, con conseguente pagamento da parte di Previmedical per conto del Fondo mètaSalute dando evidenza di eventuali spese non previste dal Piano Sanitario, quali ad esempio le

prestazioni di medicina alternativa o complementare, definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri come pratiche mediche “non convenzionali” (come chiropratica, osteopatia ecc.), ad eccezione di quelle espressamente previste in copertura.

In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa e la prescrizione medica.

L'Assistito 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, della relativa autorizzazione.

B.1.2 LA PREATTIVAZIONE (TRAMITE AREA RISERVA O APP MOBILE)

L'Assistito, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la preattivazione con modalità telematiche accedendo alla propria area riservata dal sito www.fondometasalute.it, oppure attraverso la App Mobile dedicata a mètaSalute, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili.

L'iscritto deve selezionare l'Assistito per il quale intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato.

Effettuata la scelta del soggetto per il quale si intende richiedere la prestazione, l'Assistito avrà accesso ad una prima maschera per la scelta della prestazione da attivare in assistenza diretta (visite specialistiche, esami di laboratorio, prestazioni odontoiatriche, ecc.). Successivamente l'Assistito passa ad una seconda maschera ove poter impostare i criteri di ricerca della struttura sanitaria presso la quale ricevere la prestazione; a tal fine, l'Assistito potrà indicare:

- la ragione sociale della struttura stessa;
- la provincia ove è ubicata la struttura.
- il comune ove è ubicata la struttura;
- il CAP.

La ricerca della struttura sanitaria sarà effettuata dal sistema sulla base dei dati inseriti dall'iscritto.

Terminata la compilazione della maschera di ricerca, l'Assistito potrà visualizzare l'elenco delle strutture facenti parte del Network che rispondono ai criteri di ricerca, con possibilità di selezione di quella prescelta.

Il sistema consente di avviare on-line la procedura di preattivazione mediante compilazione di appositi campi.

A questo punto l'Assistito, premendo il pulsante di conferma, invia alla Centrale Operativa la richiesta di preattivazione.

L'autorizzazione sarà rilasciata dalla Centrale Operativa nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata.

L'Assistito, nell'ipotesi in cui l'analisi tecnico-medica compiuta dalla Centrale Operativa abbia avuto esito positivo, riceverà da quest'ultima l'autorizzazione alla prestazione extraospedaliera a mezzo web sms o e-mail.

B.1.3 ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in Network senza rispettare il preavviso di 24 ore (1 giorno lavorativo), è attivabile limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna.

Per l'attivazione della procedura d'urgenza, dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere apposito modulo da far compilare alla struttura sanitaria presso cui è eseguita la prestazione.

Il modulo compilato va trasmesso alla Centrale Operativa a mezzo fax o e-mail allegando:

- prescrizione/certificato medico contenente il quesito diagnostico e il tipo di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità ed urgenza tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta, al fine di ottenere un'autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla normale procedura;
- nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, in quanto deve 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.

La Centrale Operativa si impegna a gestire le richieste con carattere di urgenza che pervengano entro le 24 ore di preavviso; la Centrale Operativa si impegna altresì a gestire le richieste urgenti che pervengano con un preavviso inferiore alle 24 ore, senza in tale ipotesi poter garantire il buon esito dell'attivazione.

Resta inteso comunque 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 alle prestazioni sanitarie erogate all'estero, per le quali l'Assistito sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

B.1.4 MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA

Qualora l'Assistito acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione non potrà essere liquidata né presentata a rimborso.

B.2 LA PRENOTAZIONE

Ferma rimanendo la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa, di cui al precedente paragrafo B.1, con riferimento alla prenotazione delle prestazioni, l'Assistito potrà effettuarla anche per il tramite della Centrale Operativa che provvederà a contattare direttamente la Struttura Convenzionata. Nell'ipotesi in cui la prenotazione sia effettuata dalla Centrale Operativa, quest'ultima provvederà a fornire all'Assistito un'informativa telefonica, a mezzo fax, e-mail o sms della prenotazione effettuata.

DOPO AVER RICEVUTO LA PRESTAZIONE

A prestazione avvenuta, l'Assistito 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). **Previmedical per conto del Fondo mètaSalute provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della Struttura Sanitaria della fattura completa e dell'eventuale ulteriore documentazione giustificativa.**

C. CURE ODONTOIATRICHE

C.1 MODALITA' DI RICHIESTA DELLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE IN NETWORK (FORMA DIRETTA)

1 - Autorizzazione della prima visita ed ablazione tartaro

L'assistito che vuole accedere alle cure dentarie deve preventivamente (almeno 24 ore prima dell'appuntamento) contattare personalmente la Centrale Operativa di Previmedical utilizzando App dedicata / Web (Area Riservata) o Numero verde 800.18.96.71 per richiedere l'autorizzazione a procedere con la prima visita con ablazione del tartaro, comunicando le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- nome del dentista convenzionato presso il quale verrà effettuata la prestazione;
- data della prestazione.

Non saranno prese in considerazione richieste di autorizzazioni che pervengano dagli Studi Odontoiatrici.

La Centrale Operativa di Previmedical invierà l'apposito modulo di presa in carico allo studio odontoiatrico, autorizzando la prima visita ed ablazione tartaro.

L'Assistito riceverà l'autorizzazione alla prestazione richiesta a mezzo sms o e-mail, da portare con sé il giorno dell'appuntamento.

Per l'effettuazione della prima visita non è necessario disporre della prescrizione.

2 - Autorizzazione di eventuali ulteriori prestazioni (solo dopo la prima visita)

In seguito alla prima visita, qualora si rendessero necessarie eventuali ulteriori prestazioni, l'Assistito dovrà preventivamente (almeno 24 ore prima dell'appuntamento) contattare personalmente la Centrale Operativa di Previmedical utilizzando App dedicata / Web (Area Riservata) o Numero verde 800.18.96.71 per richiedere l'autorizzazione a procedere alle ulteriori cure, comunicando:

- la prestazione da eseguire nel prossimo appuntamento;
- il quesito diagnostico o la patologia;
- il nome del dentista convenzionato;
- data e orario dell'appuntamento. Qualsiasi modifica relativa alla data dell'appuntamento dovrà essere comunicata preventivamente dall'Assistito (almeno 24 ore prima dell'appuntamento) alla Centrale Operativa.

Inoltre dovrà essere trasmessa la copia della prescrizione medica.

Nel caso fossero necessari ulteriori trattamenti, l'assistito dovrà di volta in volta richiederne l'autorizzazione alla Centrale Operativa singolarmente, con le predette modalità.

Non saranno prese in considerazione richieste di autorizzazioni che pervengano dagli Studi Odontoiatrici.

La Centrale Operativa di Previmedical invierà l'apposito modulo di presa in carico allo studio odontoiatrico per le prestazioni autorizzate

L'Assistito riceverà l'autorizzazione alla prestazione richiesta a mezzo sms o e-mail, che dovrà portare con sé il giorno dell'appuntamento.

N.B. Se si è già stati autorizzati per un piano di cura dal 01/01/2018 al 14/03/2018, chiederemo direttamente al dentista, l'indicazione di tutte le prestazioni effettuate fino al 14/03/2018. Per le eventuali prestazioni successive dovrà l'assistito provvedere a contattare direttamente la Centrale Operativa sulla base della procedura sopra descritta.

ESEMPI DI AUTORIZZAZIONI ODONTOIATRICHE IN FORMA DIRETTA

Esempio 1: Carie non penetrante (cavità di Black Classe II o V) su elemento 25

Nel caso in cui l'Assistito sia affetto da una carie non penetrante di un dente, il trattamento cui verrà sottoposto è l'otturazione o l'intarsio.

Per accedere a tale trattamento dovrà:

1. chiedere al dentista convenzionato la prescrizione con indicazione dell'elemento da trattare nell'appuntamento successivo e della patologia (**che nel nostro esempio è Carie non penetrante**);
2. avere già fissato con il dentista convenzionato l'appuntamento in cui effettuare la prestazione del nostro esempio;
3. a questo punto potrà accedere alternativamente al sito di mètaSalute, alla App di mètaSalute o chiamare il numero verde 800 18 96 71 (Opzione 1), con un preavviso di almeno 24 ore lavorative dall'appuntamento, per comunicare:
 - a. la prestazione da eseguire **“otturazione o intarsio sul dente 25”**;
 - b. il quesito diagnostico o la patologia **“Carie non penetrante”**;
 - c. il nome della struttura convenzionata **“Studio Odontoiatrico ROSSI”**;
 - d. data ed ora dell'appuntamento **“15 maggio 2018 ore 16.00”**;
4. trasmettere a RBM Assicurazione Salute copia della prescrizione medica dove sarà indicato **“otturazione o intarsio sul dente 25 per Carie non penetrante”**;
5. ricevere a mezzo sms/email l'autorizzazione per la prestazione richiesta da portare con se il giorno dell'appuntamento.

Esempio 2: Carie Penetrante di elemento 36

Nel caso in cui l'Assistito sia affetto da una carie penetrante di un dente sarà necessario sottoporsi ad un trattamento detto “cura canalare o devitalizzazione” oppure ad una estrazione, a giudizio dell'odontoiatra.

Per accedere a tale trattamento dovrà:

1. chiedere al dentista convenzionato la prescrizione con indicazione dell'elemento da trattare nell'appuntamento successivo e della patologia (**che nel nostro esempio è Carie Penetrante di dente**);
2. avere già fissato con il dentista convenzionato l'appuntamento in cui effettuare la prestazione del nostro esempio;
3. a questo punto potrà accedere alternativamente al sito di mètaSalute, alla App di mètaSalute o chiamare il numero verde 800 18 96 71 (Opzione 1), con un preavviso di almeno 24 ore lavorative dall'appuntamento, per comunicare:
 - a. la prestazione da eseguire **“Cura Canalare o estrazione di elemento 36”**;
 - b. il quesito diagnostico o la patologia **“Carie Penetrante”**;
 - c. il nome della struttura convenzionata **“Studio Odontoiatrico ROSSI”**;
 - d. data ed ora dell'appuntamento **“15 maggio 2018 ore 16.00”**;
4. trasmettere a RBM Assicurazione Salute copia della prescrizione medica dove sarà indicato **“Cura Canalare/estrazione per Carie Penetrante di elemento 36”**;
5. riceverai a mezzo sms/email l'autorizzazione per la prestazione richiesta da portare con te il giorno dell'appuntamento.

Esempio 3: Estrazione elemento 42 per Frattura di Corona/Radice

Nel caso in cui l'Assistito sia affetto da una Frattura di Corona o Radice di un dente sarà necessario sottoporsi ad una estrazione.

Per accedere a tale trattamento dovrà:

1. chiedere al dentista convenzionato la prescrizione con indicazione dell'elemento da trattare nell'appuntamento successivo e della patologia (**che nel nostro esempio è estrazione elemento 42 a seguito di Frattura di Corona/Radice**);
2. avere già fissato con il dentista convenzionato l'appuntamento in cui effettuare la prestazione del nostro esempio;
3. a questo punto potrà accedere alternativamente al sito di mètaSalute, alla App di mètaSalute o chiamare il numero verde 800 18 96 71 (Opzione 1), con un preavviso di almeno 24 ore lavorative dall'appuntamento, per comunicare:
 - a. la prestazione da eseguire "**estrazione elemento 42**";
 - b. il quesito diagnostico o la patologia "**Frattura di Corona/Radice**";
 - c. il nome della struttura convenzionata "**Studio Odontoiatrico ROSSI**";
 - d. data ed ora dell'appuntamento "**15 maggio 2018 ore 16.00**";
4. trasmettere a RBM Assicurazione Salute copia della prescrizione medica dove sarà indicato **estrazione elemento 42 a seguito di Frattura di Corona/Radice**;
5. ricevere a mezzo sms/email l'autorizzazione per la prestazione richiesta da portare con te il giorno dell'appuntamento.

Esempio 4: Inserimento di un impianto per Edentulia (mancanza di un dente) su elemento 32

Nel caso in cui all'Assistito manchi un elemento dentario, l'odontoiatra può procedere all'inserimento di un impianto osteointegrato oppure esecuzione di un ponte di tre elementi in funzione delle condizioni del paziente che verranno valutate di volta in volta dall'odontoiatra.

Per accedere a tale trattamento dovrà:

1. chiedere al dentista convenzionato la prescrizione con indicazione dell'elemento da trattare nell'appuntamento successivo e della patologia (**che nel nostro esempio è Inserimento di un impianto per Edentulia su elemento 32**);
2. avere già fissato con il dentista convenzionato l'appuntamento in cui effettuare la prestazione del nostro esempio;
3. a questo punto potrà accedere alternativamente al sito di mètaSalute, alla App di mètaSalute o chiamare il numero verde 800 18 96 71 (Opzione 1), con un preavviso di almeno 24 ore lavorative dall'appuntamento, per comunicare:
 - a. la prestazione da eseguire "**Inserimento di un impianto su elemento 32**";
 - b. il quesito diagnostico o la patologia "**Edentulia**";
 - c. il nome della struttura convenzionata "**Studio Odontoiatrico ROSSI**";
 - d. data ed ora dell'appuntamento "**15 maggio 2018 ore 16.00**";
4. trasmettere a RBM Assicurazione Salute copia della prescrizione medica dove sarà indicato "**Inserimento di un impianto per Edentulia su elemento 32**";
5. ricevere a mezzo sms/email l'autorizzazione per la prestazione richiesta da portare con te il giorno dell'appuntamento.

Esempio 5: Asportazione Cisti Radicolare su elemento 47

Nel caso in cui all'Assistito sia affetto da Cisti Radicolare, opportunamente documentata dopo l'asportazione anche da esame istologico, l'Assistito sarà sottoposto ad eventuale devitalizzazione o estrazione di uno o più elementi dentari e all'asportazione della cisti.

Per accedere a tale trattamento dovrà:

1. chiedere al dentista convenzionato la prescrizione con indicazione dell'elemento da trattare nell'appuntamento successivo e della patologia (**che nel nostro esempio è Asportazione Cisti Radicolare in elemento 47**);
2. avere già fissato con il dentista convenzionato l'appuntamento in cui effettuare la prestazione del nostro esempio;
3. a questo punto potrà accedere alternativamente al sito di mètaSalute, alla App di mètaSalute o chiamare il numero verde 800 18 96 71 (Opzione 1), con un preavviso di almeno 24 ore lavorative dall'appuntamento, per comunicare:
 - a. la prestazione da eseguire "**Asportazione Cisti Radicolare in elemento 47**" ed eventuale devitalizzazione o estrazione di uno o più elementi dentari
 - b. il quesito diagnostico o la patologia "**Cisti Radicolare**";
 - c. il nome della struttura convenzionata "**Studio Odontoiatrico ROSSI**";
 - d. data ed ora dell'appuntamento "**15 maggio 2018 ore 16.00**";
4. trasmettere a RBM Assicurazione Salute copia della prescrizione medica dove sarà indicato "**Asportazione Cisti Radicolare in elemento 47**";
5. ricevere a mezzo sms/email l'autorizzazione per la prestazione richiesta da portare con te il giorno dell'appuntamento.

II. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME RIMBORSUALE

D. DOMANDA DI RIMBORSO

D.1 COME CHIEDERE IL RIMBORSO

Per ottenere il rimborso, l'Assistito, al termine del ciclo di cure, non appena disponibile tutta la documentazione medica completa, dovrà compilare in ogni sua parte il Modulo di richiesta di rimborso ed allegare in fotocopia la seguente documentazione giustificativa:

- documentazione medica

- a) **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, con indicazione del quesito diagnostico e/o della diagnosi. La prescrizione deve essere predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che ha effettuato (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.

In caso di infortunio fornire in aggiunta il referto del Pronto Soccorso, in quanto deve 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). Inoltre la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite.

Si precisa che non sono ammessi gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento.

- b) **cartella clinica** completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero sia con pernottamento che diurno (Day Hospital). Si precisa che non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso;
- c) **relazione medica** attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale, con eventuale referto istologico, se eseguito;
- d) **certificato del medico oculista o optometrista** regolarmente abilitato, senza alcuna limitazione sulla patologia riscontrata dall'oculista. si precisa che è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46. La richiesta di rimborso per le lenti a contatto dovrà essere presentata in una unica soluzione entro la fine dell'anno.

Copia della denuncia in caso di smarrimento/furto degli occhiali.

Foto e dichiarazione dell'ottico attestante che la prestazione sia stata effettuata a seguito della rottura delle lenti/montatura.

Attestazione che può essere prodotta, ove ne ricorrano le condizioni, nell'area riservata del sito www.fondometasalute.it, da allegare alle richieste di rimborso per lenti e occhiali previste alla Garanzia "G.2 LENTI CORRETTIVE DI OCCHIALI (comprese le montature) O A CONTATTO" eseguite in strutture non convenzionate - ai fini dell'applicazione delle medesime condizioni previste per l'utilizzo dei centri convenzionati - qualora il centro convenzionato per l'esecuzione delle prestazioni risulti situato fuori dalla provincia del domicilio o della residenza dell'assicurato;

- e) le richieste di rimborso per cure dentarie 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.

Qualora il centro convenzionato utile all'esecuzione delle prestazioni odontoiatriche, di cui al paragrafo D.1 del Piano Sanitario, risulti essere ad una distanza superiore a 30 km rispetto al domicilio dell'assicurato, ai fini dell'applicazione delle medesime condizioni previste per il regime di assistenza diretta, alla domanda di rimborso sarà necessario allegare l'attestazione producibile nell'area riservata del sito www.fondometasalute.it;

- f) Qualora il centro convenzionato utile all'esecuzione dei pacchetti prevenzione risulti essere ad una distanza superiore a 30 km rispetto al domicilio dell'assicurato, ai fini

- dell'applicazione delle medesime condizioni previste per il regime di assistenza diretta, alla domanda di rimborso sarà necessario allegare anche la relativa attestazione producibile nell'area riservata del sito www.fondometasalute.it;
- g) copia del tesserino “esenzione 048” in caso di prestazioni oncologiche di followup (visite, accertamenti, ecc);
 - h) in caso di trattamenti fisioterapici:
 - a. prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata;
 - b. indicazione del titolo di studio del medico/specialista che ha effettuato la prestazione;
 - i) certificato medico attestante la diagnosi di Trisomia 21 in caso di richiesta di indennità ;
 - j) in caso di Procreazione Assistita
 - a. copia della cartella clinica completa
 - b. copia fattura e/o ricevute fiscali
 - k) in caso di richiesta di indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per genitore ricoverato in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) o in caso di richiesta di indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per i genitori in LTC temporanea:
 - a. certificazione medica attestante lo stato di non autosufficienza del genitore,
 - b. dichiarazione rilasciata dal centro di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) attestante la data del ricovero nella struttura e la continuità del ricovero a partire da tale data e la Dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante il grado di parentela,
 - c. certificato di esistenza in vita e codice fiscale;
 - l) in caso di Indennità di maternità o paternità per astensione facoltativa:
 - a. lettera di dimissione ospedaliera in caso di parto naturale o parto cesareo in struttura ospedaliera oppure copia della cartella ostetrica in caso di parto a domicilio;
 - b. certificato di avvenuta adozione e stato di famiglia;
 - c. dichiarazione aziendale attestante il periodo di astensione dal lavoro per maternità/paternità facoltativa indicante sia la data di inizio dell'aspettativa sia la data del rientro all'attività lavorativa. In alternativa alla dichiarazione aziendale copia della busta paga e/o delle buste paga dalle quali si evince chiaramente il numero dei giorni di aspettativa fruiti nel mese oppure complessivamente goduti.
 - m) in caso di Indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili, per i figli minorenni, laddove non è indicata la percentuale di invalidità, si farà riferimento alla documentazione dell'ASL di competenza purché esaustiva;
 - n) in caso di Indennità per la retta degli asili nido:
 - a. Certificato di iscrizione al nido

- b. Copia delle fatture relative all'anno scolastico.
- o) in caso di borse di studio per i figli dei dipendenti:
 - a. Copia del Diploma o del certificato sostitutivo del diploma
 - b. certificato di iscrizione al Corso di laurea e fotocopia del libretto universitario o attestazione rilasciata dall'Ateneo riportante gli esami sostenuti con i relative esiti.
- p) in caso di rimborso per attività sportiva:
 - a. fattura della quota associativa annuale rilasciata dalla Società Sportiva attestante che l'attività sportiva non sia agonistica
- q) in caso di rimborso per colonie estive
 - a. fattura rilasciata dalla colonia estiva riportante il periodo di soggiorno
- r) per l'accertamento del Nucleo Familiare monoparentale la Dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia (artt. 19 - 46 - 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000);
- s) per l'accertamento del Nucleo Familiare monoreddito, la Dichiarazione sostitutiva di certificazione del CARICO FAMILIARE e la Dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia (artt. 19 - 46 - 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000);
- t) quant'altro necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri.

-documentazione di spesa quietanzata (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di Cura, da Centro Medico, inteso per tale la Struttura, anche non adibita 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 direzione sanitaria.

La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi. Inoltre la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite.

Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge e redatta in lingua italiana, o comunque corredata da traduzione in lingua italiana. Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni.

Ai fini di una corretta valutazione delle richieste di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, rimane la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

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

La somma spettante all'Assistito è calcolata con detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo.

Nel caso in cui, durante il periodo di validità della polizza, sopravvenga il decesso dell'Assistito titolare della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso al Fondo 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'assicurato;
- 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'assicurato 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 il Fondo 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.

D.2 LA RICHIESTA DI RIMBORSO CARTACEA

L'Assistito, ricevuta la prestazione, dovrà compilare il Modulo di richiesta di rimborso reperibile sul sito internet www.fondometasalute.it (sezione: Modulistica) compilandolo in ogni sua parte ed allegando *fotocopia* della documentazione giustificativa di cui sopra.

Il modulo ed i relativi allegati devono essere trasmessi al seguente indirizzo:

Fondo mètaSalute

Presso RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. – Ufficio liquidazioni c/o Previmedical

Via E. Forlanini, 24 – Località Borgo Verde – 31022 Preganziol (TV)

D.3 LA RICHIESTA DI RIMBORSO ON-LINE

In alternativa alla procedura di cui alla precedente lettera C.2, l'Assistito, se in possesso dei dati di accesso potrà **trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso** delle prestazioni sanitarie ricevute, **unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa**. A tal fine l'Assistito dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.fondometasalute.it (AREA RISERVATA).

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La Compagnia si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture Sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.

La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza (prot. SSL a 128 bit).

Per coloro che non dispongano di un accesso ad internet, le richieste di rimborso potranno essere comunque avanzate attraverso il canale tradizionale (cartaceo), con le modalità descritte al precedente § II, lett. D.2).

III. SERVIZI ACCESSORI

E. LA CONSULTAZIONE ON-LINE DELLA PROPRIA PRATICA

Accedendo alla propria Area Riservata dal sito internet www.fondometasalute.it (AREA RISERVATA), l'iscritto, previa autenticazione, può accedere altresì alla funzionalità di consultazione on-line dello stato di elaborazione della propria pratica di rimborso.

In particolare, verranno rese disponibili le seguenti informazioni:

- data rimborso;
- tipologia prestazione medica;
- persona interessata (iscritto o familiare);
- totale rimborso.

F. SERVIZIO "VEDI LA TUA PRATICA"

E' a disposizione il servizio "**VEDI LA TUA PRATICA**"; l'Assistito dovrà semplicemente indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso. In questo modo, l'Assistito riceverà automaticamente a mezzo SMS tutte le informazioni relative alla propria pratica di liquidazione.

In particolare, a seguito dell'attivazione del servizio, l'Assistito riceverà una notifica di aggiornamento dello stato di elaborazione della sua pratica in relazione ai seguenti step operativi del processo di pagamento rimborsi:

- avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
- avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso;
- eventuale reiezione per non indennizzabilità della domanda di rimborso.

G. SERVIZIO “DOCTOR ON LINE”

Attraverso la propria area riservata, inoltre l'iscritto potrà, in una conferenza privata virtuale, dialogare direttamente con gli specialisti presenti

H. ACCESSO A “GATE 179”

Accedendo alla propria Area Riservata dal sito www.rbmsalute.it - AREA POLIZZE, l'Assistito può consultare 24 ore su 24 le proprie coperture attive, le condizioni contrattuali e monitorare lo stato dei pagamenti e delle prossime scadenze, tenendo in tal modo costantemente sotto controllo la propria posizione assicurativa con garanzia della tutela della riservatezza delle informazioni rese disponibili mediante tale strumento.

L'applicazione web di RBM Assicurazione Salute per l'accesso a questi dati si chiama “GATE 179”.

Coloro che sono già registrati nell'AREA RISEVATA come utenti per la gestione on line dei sinistri – AREA ISCRITTO - potranno utilizzare le medesime credenziali di accesso che possiedono per entrare nell'Area Riservata POLIZZE dal sito www.rbmsalute.it.

Coloro che invece non sono già registrati come utenti, potranno ricevere le credenziali di accesso all'Area Riservata selezionando l'apposito link presente in Homepage ed effettuando una registrazione mediante una semplice procedura guidata.

Qualora la procedura di autoregistrazione non riuscisse, login e password per accedere all'Area Riservata potranno essere richieste al servizio di Help Desk, scrivendo all'indirizzo e-mail assistenza@rbmsalute.it

GATE 179 è attivo a decorrere dai termini previsti dalla normativa vigente in materia.

I. ACCESSO AI SERVIZI TRAMITE APP MOBILE mètaSalute

Il Fondo tramite RBM Salute, rende disponibile una APP Mobile per accedere alle seguenti funzioni:

- visualizzazione e modifica dei dati anagrafici e di contatto;

- visualizzazione dei recapiti utili per contattare la Centrale Operativa;
- ricerca delle strutture convenzionate con RBM Assicurazione Salute;
- visualizzazione dello status e dei dettagli inerenti le proprie pratiche;
- pre-attivazione delle prestazioni presso le strutture convenzionate (regime di assistenza diretta).

Per accedere a tutti i servizi tramite l'APP Mobile mètaSalute sarà sufficiente effettuare il login utilizzando le medesime credenziali di accesso dell'Area Riservata On-line.

L. GARANZIE ACCESSORIE

Per accedere alle **garanzie accessorie** previste dal Piano Sanitario, l'Assistito dovrà contattare la Centrale Operativa.