

Piani sanitari 2022 – 2023



Prassi Liquidative relative alle coperture non odontoiatriche

Polizze assicurative: prassi liquidative

Il documento illustra le prassi liquidative adottate dalla Compagnia di assicurazione per alcune garanzie contenute nelle Condizioni di Assicurazione (polizze sanitarie), di seguito indicate come "CDA". Lo scopo è pertanto quello di fornire agli assicurati chiarimenti in merito all'operatività di talune coperture di polizza.

TEMATICHE GENERALI

PROCEDURA D'URGENZA

Nelle CDA è prevista solo per i ricoveri, ma quale prassi di miglior favore è applicata a tutti i tipi di prestazioni qualora la prescrizione medica riporti il carattere di urgenza della prestazione richiesta.

INFORTUNIO

Ad integrazione di quanto già precisato nelle CDA, per **Presidio medico pubblico sostitutivo** si intende una struttura facente parte del Sistema di Emergenza Territoriale (ad esempio: i punti di primo soccorso, e il servizio di continuità assistenziale).

Inoltre, in caso di **incidente stradale** - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'Assicurato deve inviare il **Modulo CID** (constatazione amichevole) se in suo possesso (è possibile l'invio in un secondo momento) o la **denuncia** inviata alla propria Compagnia o a quella del soggetto terzo responsabile dell'incidente.

FRANCHIGIA/SCOPERTO

Se non diversamente indicato nelle specifiche garanzie, la franchigia o scoperto si applica per EVENTO.

Se la prestazione prevede un ciclo di cure (ad esempio fisioterapia) si considera come evento il ciclo di cure.

Il ciclo di cure deve intendersi come totale delle sedute prescritte/effettuate per singola tipologia di terapia prevista per sede anatomica.

ESEMPIO:

Prescrizione: 10 tecarterapia + 10 massoterapia + 10 rieducazioni per entrambi i polsi.

Sono 6 cicli (3 tipologie di fisioterapia x 2 polsi) e ad ogni ciclo viene applicata la franchigia.

TELEMEDICINA (insieme di tecniche mediche e informatiche che permettono la cura di un paziente a distanza o più in generale di fornire servizi sanitari a distanza)

Le visite specialistiche svolte in modalità telemedicina vengono trattate come visite specialistiche in presenza, con applicazione della relativa normativa in termini di regimi applicabili (forma diretta o indiretta), massimali, scoperti, franchigie.

DIARIA AGLI EREDI

In ottica di maggior favore rispetto alla previsione delle CDA, la diaria è trasmissibile agli eredi.

PATOLOGIE PREESISTENTI

Sono coperti dalla polizza: malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni, stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi prima della data di decorrenza della copertura.

AREA RICOVERI

RICOVERI A TOTALE CARICO DEL SSN CON DIFFERENZA ALBERGHIERA - DIARIA

Per “**differenza alberghiera**” si intende la spesa aggiuntiva giornaliera pagata dall’Assicurato per usufruire, durante il ricovero eseguito in regime di Servizio Sanitario Nazionale, di prestazioni aggiuntive quali, ad esempio, una stanza riservata, una stanza singola con bagno, una stanza dotata di televisore e la possibilità di letto aggiuntivo. Qualora l’assicurato presenti la richiesta di indennizzo relativa alla differenza alberghiera, il ricovero verrà gestito e liquidato come ricovero privato: pertanto, la differenza alberghiera ed eventuali spese sostenute pre e post ricovero saranno assoggettate agli scoperti/franchigie previsti per il ricovero privato. In questo caso, quindi, non sarà erogata l’indennità sostitutiva (diaria) prevista per i ricoveri a totale carico del SSN.

INTERVENTI AMBULATORIALI IN ENDOPROTESI

La questione attiene principalmente gli interventi per cataratta, che vengono effettuati prevalentemente in regime ambulatoriale, nel corso dei quali può essere inserito un cristallino artificiale (endoprotesi).

In caso di intervento chirurgico in regime di ricovero o day hospital, sono coperte anche le spese per il materiale di intervento, ivi comprese le endoprotesi. Tale previsione, pur non essendo presente nel paragrafo relativo agli interventi ambulatoriali, vale anche per questi.

DAY SERVICE

Per Day Service si intende una modalità di assistenza alternativa al modello ambulatoriale, effettuata presso Istituti di cura, che non comporta ricovero, nemmeno diurno; è finalizzata alla gestione di casi clinici la cui soluzione richiede l’erogazione di indagini cliniche e strumentali plurime e multidisciplinari, anche complesse.

Il day service NON è equiparabile al day hospital e non risulta pertanto indennizzabile. Possono essere indennizzate le singole prestazioni effettuate durante il Day Service qualora rientrino nelle relative garanzie di polizza (prestazioni extraospedaliere).

PRESTAZIONI PRE E POST RICOVERO

Le prestazioni pre e post ricovero sono assoggettate alle franchigie/scoperti, ove previsti, qualora questi ultimi non siano stati assorbiti totalmente dall’evento principale, cioè il ricovero, anche in day hospital, o intervento ambulatoriale.

ESEMPIO:

Intervento ambulatoriale in forma indiretta - scoperto: 10% minimo 750€

costo dell'intervento	500 €
franchigia applicata	500 €
franchigia residua non applicata	250 €

prestazioni post intervento	300 €
franchigia residua non applicata	250 €
importo liquidato	50 €

PRESTAZIONE PRE E POST RELATIVE A INTERVENTI PLAFONATI EFFETTUATI IN FORMA DIRETTA

Non essendo prevista alcuna franchigia in caso di intervento plafonato effettuato in forma diretta, le correlate prestazione pre e post (sia in forma diretta che in forma indiretta) non sono assoggettate a franchigia.

INDENNIZZO NEL CASO DI PIU' INTERVENTI PLAFONATI CONCOMITANTI OPPURE DI INTERVENTI ORDINARI CONCOMITANTI CON INTERVENTI PLAFONATI

Nel caso in cui il ricovero preveda più di un intervento chirurgico contenuto nella Tabella "Elenco interventi chirurgici plafonati" delle CDA, la Compagnia corrisponderà l'indennizzo al 100% fino a concorrenza dell'importo plafonato per l'intervento principale (così definito dal chirurgo) e al 70% fino a concorrenza degli importi plafonati relativi agli interventi chirurgici secondari, ferma l'applicazione dello scoperto o franchigia eventualmente previsti.

Di seguito alcuni esempi.

Esempi:

1) Intervento plafonato effettuato in regime rimborsuale: plafond € 14.000

Costo dell'intervento € 10.000,00

Scoperto 10% min. € 1.750,00 per ricovero

Prestazione autorizzata € 10.000,00 di cui € 8.250,00 a carico della Compagnia e € 1.750,00 a carico dell'Assicurato

2) Intervento plafonato effettuato in regime rimborsuale: plafond € 14.000

Costo dell'intervento € 17.000,00

Scoperto 10% min. € 1.750,00 per ricovero

Prestazione indennizzata € 14.000,00 (in quanto sottraendo lo scoperto applicabile l'indennizzo sarebbe stato maggiore al plafond).

3) Primo Intervento plafonato effettuato in regime rimborsuale: plafond € 14.000

Secondo Intervento plafonato effettuato in regime rimborsuale: plafond € 14.000

Costo dell'intervento principale € 17.000,00

Costo dell'intervento secondario € 10.000,00

Scoperto 10% min. € 1.750,00 per ricovero (calcolato sull'intero importo) **€ 24.300,00**

Prestazione indennizzata € 14.000,00 per il primo intervento, € 7.000,00 per il secondo

4) Primo Intervento plafonato effettuato in regime rimborsuale: plafond € 14.000

Secondo Intervento plafonato effettuato in regime rimborsuale: plafond € 14.000

Costo dell'intervento principale € 10.000,00

Costo dell'intervento secondario € 17.000,00

Scoperto 10% min. € 1.750,00 per ricovero (calcolati sull'intero importo) = **€ 24.300,00**

Prestazione indennizzata € 10.000,00 per il primo intervento, € 11.900,00 per il secondo

5) Primo Intervento ordinario effettuato in regime rimborsuale

Secondo Intervento plafonato effettuato in regime rimborsuale: plafond € 14.000

Costo dell'intervento principale € 10.000,00

Costo dell'intervento secondario € 17.000,00

Prestazione indennizzata € 10.000,00 per l'intervento ordinario, € 14.000,00 per il plafonato (la regola 100% - 70% vale infatti solamente nel caso di 2 interventi plafonati)

FISIOTERAPIA DOMICILIARE POST RICOVERO

In ottica di maggior favore per gli assicurati, è indennizzata la fisioterapia post ricovero domiciliare (sia in forma diretta che indiretta) nei casi in cui sussista una documentata impossibilità a recarsi presso un Centro Medico, certificata da prescrizione del medico specialista.

AREA PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

CURE E DIAGNOSTICA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Non sono indennizzabili altre prestazioni al di fuori di quelle contenute nello specifico elenco contenuto nelle CDA.

Gli accertamenti endoscopici non esplicitamente citati nel citato elenco sono indennizzabili all'interno della garanzia "diagnostica ordinaria", anche nel caso in cui venga effettuata una biopsia.

Gli interventi effettuati tramite endoscopia (ad esempio asportazione polipi) sono rimborsati esclusivamente nell'ambito degli "interventi chirurgici ambulatoriali", nei termini ivi previsti.

INFILTRAZIONI, ONDE D'URTO FOCALI E TERAPIA SCLEROSANTE O SCLEROTERAPIA

Le infiltrazioni, le onde d'urto focali e la terapia sclerosante o scleroterapia sono considerati atti medici e vengono pertanto liquidati ai sensi della garanzia "Visite specialistiche"; pertanto, ai fini dell'indennizzo, l'assicurato deve indicare il medico che ha effettuato la prestazione.

È indennizzabile la sola prestazione del medico e non gli eventuali farmaci utilizzati.

Per le prestazioni in oggetto è prevista una franchigia per ciclo di cura.

LASERTERAPIA RIABILITATIVA PER PATOLOGIE ACUTE

In ottica di maggior favore per gli assicurati, la franchigia per prestazioni in forma diretta viene applicata per ciclo di cura.

TEST GENETICI PRENATALI NON INVASIVI SU DNA FETALE

Fermo quanto previsto dalle CDA, a maggior chiarimento, la garanzia viene riconosciuta nei seguenti casi:

- sospetta malformazione del feto;
- la madre assicurata abbia una patologia che impedisce test più invasivi.

In assenza di patologia in essere o sospetta, viene comunque accettata l'indicazione "ricerca di alterazioni cromosomiche", ove supportata da elementi oggettivi di evidenza di rischio potenziale: deve pertanto essere indicata l'anamnesi dei genitori, che deve essere coerente con il test richiesto.

ONDE D'URTO

Si precisa che:

- le Onde Urto RADIALI sono indennizzabili nella garanzia FISIOTERAPIA e non è necessario indicare il nome del medico che le effettua;
- le Onde Urto FOCALI sono indennizzabili nella garanzia VISITE SPECIALISTICHE come atto medico ed è necessario indicare il nome del medico che le effettua.

Alle Onde Urto focali si applica franchigia e scoperto per ciclo di cura.

CURE ONCOLOGICHE E FOLLOW UP

La garanzia CURE ONCOLOGICHE è utilizzabile in caso di patologia oncologica IN ATTO (comprese le recidive).

Per le visite specialistiche di follow up oncologico - previste nelle CDA per un periodo massimo di 10 anni dalla data di insorgenza della patologia - è richiesto il codice di esenzione 048 in corso di validità oppure, in mancanza, documentazione medica da cui si evinca la data di prima diagnosi della patologia oncologica (es. referto esame istologico).

La stessa documentazione è richiesta anche nel caso di accertamenti diagnostici per follow up oncologici che sono indennizzabili ai sensi delle garanzie "Cure e diagnostica di alta specializzazione" e "Diagnostica ordinaria".

PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE

Rientrano nella garanzia le prestazioni fisioterapiche di mantenimento, purché correlate alle patologie previste dalla garanzia medesima.

Ad integrazione di quanto previsto dalle CDA, di seguito si fornisce un elenco esemplificativo e non esaustivo delle patologie per le quali è prevista l'indennizzabilità delle prestazioni fisioterapiche:

- **forme neurologiche degenerative e omeoplastiche:** sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e tutte le forme neurologiche croniche dovute a processi degenerativi a carico del sistema nervoso centrale (ad esempio morbo di Parkinson, malattia di Huntington, atassia di Friedreich);
- **forme neuromiopatiche:** forme morbose miste a carico del sistema neuromuscolare (ad esempio distrofie muscolari (Distrofia Muscolare di Duchenne e la Distrofia Muscolare di Becker), distrofie miotoniche (malattia di Steinert) ed atrofia muscolare spinale).

LOGOPEDIA

In ottica di maggior favore per l'assicurato, è previsto quanto segue:

- è indennizzabile la logopedia richiesta a seguito di patologie mentali;
- sono rimborsabili le fatture emesse da logopedista regolarmente abilitato;
- in caso di prestazione in forma diretta, la franchigia viene applicata per ciclo di cura.

DSA

In ottica di maggior favore per l'assicurato, è previsto quanto segue:

- sono rimborsabili le fatture emesse da professionista regolarmente abilitato;
- in caso di prestazione in forma diretta la franchigia viene applicata per ciclo di cura.

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE (visite pediatriche)

Si precisa che sono indennizzabili tutte le visite effettuate da pediatra (specializzato o di base) effettuate a seguito di PATOLOGIA (non per controllo); pertanto, è necessaria la prescrizione medica con indicazione della diagnosi o del quesito diagnostico oppure, nel caso di forma indiretta, il referto della visita con indicazione della diagnosi.

PSICOTERAPIA

La prescrizione per la PSICOTERAPIA può essere emessa da medico/pediatra di base oppure da medico specialista di qualsiasi branca.

Il medico che rilascia la prescrizione non può essere lo stesso che effettua la prestazione.

La prestazione può essere eseguita e fatturata solo da uno psicoterapeuta/analista o da un medico specialista nella branca (quindi non da psicologo che non sia psicoterapeuta o da altri professionisti come, ad esempio, il terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva). La Compagnia, ai fini dell'indennizzabilità della prestazione, si riserva pertanto la facoltà di verificare la specializzazione e l'iscrizione all'albo del professionista, se non indicato nella documentazione trasmessa dall'assicurato (ad esempio sulla fattura).

Sono indennizzabili i colloqui, i cicli di incontri, la terapia psicoterapica, i colloqui psicologici, il colloquio anamnestico, ecc., purché eseguiti dalle figure professionali sopra indicate.

Rientrano nella garanzia e nel relativo massimale anche le visite specialistiche ulteriori rispetto all'iniziale accertamento della patologia. La visita specialistica deve però essere eseguita da medico specialista (ad esempio dallo psichiatra/neuropsichiatra) e non da uno psicologo che sia anche psicoterapeuta (in quanto tale professionista non è un medico). La fattura presentata dall'assicurato deve necessariamente riportare la dicitura "visita specialistica".

AGOPUNTURA

Le prestazioni di agopuntura sono indennizzabili se prescritte da medico ASL o medico specialista e praticate da medico abilitato all'agopuntura. L'abilitazione all'agopuntura deve risultare dalla documentazione inviata dall'assicurato (ad esempio dalla fattura); in caso contrario la Compagnia si riserva la facoltà di richiedere il diploma in agopuntura.

AREA PRESTAZIONI ACCESSORIE

PROCREAZIONE MEDICALE ASSISTITA

Ad integrazione delle CDA, si precisa che sono indennizzabili:

- prestazioni medico chirurgiche riferite alla tecnica della Procreazione Medicalmente Assistita (ad esempio il prelievo degli ovociti, omologhe ed eterologhe, di I livello – inseminazione semplice – e di II e III livello – FIVET, GIFT, ICSI. In linea generale si ritengono indennizzabili tutte le prestazioni mediche e chirurgiche riferite alla fase operativa della procedura di PMA);

ASSISTENZA POST- PARTO

Entro 6 mesi dal parto avvenuto nel periodo di copertura è possibile effettuare una visita di controllo degli arti inferiori (visita angiologica/chirurgia vascolare) al fine di stabilire la presenza di alterazioni patologiche del circolo venoso superficiale e profondo degli arti inferiori. Non sono indennizzabili gli eventuali accertamenti diagnostici.

AREA PREVENZIONE

CONTROLLO PEDIATRICO

Fermo quanto previsto dalle CDA, non è richiesta la prescrizione medica.

CONTROLLO NUTRIZIONALE + DIETA

Nel caso in cui la prestazione venga effettuata in parte con la forma diretta (es. consulto nutrizionale) e in parte con la forma indiretta (es. dieta) si applicano le condizioni previste dalle CDA per il tipo di regime utilizzato.