

GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE - REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E REGIME RIMBORSUALE- Sommaro

1.	INTRODUZIONE	2
2.	LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA	5
2.1.	RICOVERI ED INTERVENTI CHIRURGICI	6
2.1.1.	L'AUTORIZZAZIONE	6
2.1.1.1.	CANALE TRADIZIONALE	6
2.1.1.2.	LA PREATTIVAZIONE ON LINE	9
2.1.2.	ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA	11
2.1.3.	MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA	12
2.1.4.	LA PRENOTAZIONE	13
2.2.	VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	14
2.2.1.	L'AUTORIZZAZIONE	14
2.2.1.1.	CANALE TRADIZIONALE	14
2.2.1.2.	LA PREATTIVAZIONE ON LINE	17
2.2.2.	ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA	20
2.2.3.	MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA	21
2.2.4.	LA PRENOTAZIONE	21
2.2.5.	LA PRENOTAZIONE DI VISITE DI CONTROLLO E PREVENZIONE HERPES ZOSTER.....	22
3.	LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME RIMBORSUALE.....	23
3.1.	COME CHIEDERE IL RIMBORSO	23
3.2.	LA RICHIESTA DI RIMBORSO CARTACEA	25
3.3.	LA RICHIESTA DI RIMBORSO ON-LINE.....	25
3.4.	LA RICHIESTA DI RIMBORSO TELEMATICA.....	26
3.5.	LA CONSULTAZIONE DELLA PROPRIA PRATICA.....	27
3.5.1.	CONSULTAZIONE ON LINE.....	27
3.5.2.	CONSULTAZIONE TRAMITE CANALE TRADIZIONALE.....	27
3.6.	SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"	27
3.7.	ACCESSO AI SERVIZI TRAMITE APP MOBILE DI RBM SALUTE	28
4.	ESTRATTO CONTO PRESTAZIONI AI FINI DELLA DICHIARAZIONE DEI REDDITI	28
5.	LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (S.S.N.).....	29
6.	SERVIZIO RECALL.....	29

7. RICHIESTA PARERI PREVENTIVI SU COPERTURE O CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE 30

1.INTRODUZIONE

UNI.C.A. è un'associazione senza scopo di lucro che persegue lo scopo di garantire ai propri Assistiti trattamenti di assistenza sanitaria integrativa del Servizio Sanitario Nazionale.

La finalità proprie di UNI.C.A. sono perseguite rendendo disponibile agli Assistiti **due regimi di assistenza sanitaria:**

- 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 da UNI.C.A. tramite 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 dalla Cassa (fatta salva l'ipotesi di accesso al network senza aver provveduto a contattare preventivamente la Centrale Operativa), nei limiti prestabiliti dal proprio Piano Sanitario.

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

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 avvalersi di medici o di professionisti forniti di laurea in fisioterapia o titolo

equivalente riconosciuto in Italia. Dette prestazioni devono essere effettuate esclusivamente presso Centri Medici, dotati di Direzione Sanitaria.

Prima di usufruire di una prestazione di ricovero all'estero in forma diretta o rimborsuale (fatta ovviamente eccezione per le prestazioni conseguenti ad infortunio o malattia insorta all'estero) di comunicare preventivamente, con congruo preavviso la propria volontà evidenziando le caratteristiche dell'intervento pianificato e, sinteticamente, le ragioni di tale scelta, Previmedical potrà così:

- **verificare la possibilità di discutere le tariffe proposte all'assistito dalla struttura estera**
- **verificare la possibilità di convenzionare direttamente o indirettamente la struttura estera**
- **sottoporre all'assistito eventuali valide alternative, sotto il profilo sanitario, a costo inferiore o più comode logisticamente.**

Tale preliminare contatto potrà inoltre semplificare la successiva procedura di liquidazione della domanda di rimborso

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

Inoltre, sempre dal sito, previa autenticazione¹, si accede all'Area Riservata agli iscritti dove è possibile:

- a) consultare l'elenco delle strutture convenzionate e dei medici convenzionati;
- b) effettuare la preattivazione con le modalità descritte nei paragrafi che seguono;
- c) compilare la richiesta di rimborso.

Le medesime informazioni, per coloro che non dispongono di un accesso ad internet, sono comunque sempre disponibili attraverso altri canali (telefonico).

Segnaliamo altresì che è possibile usufruire anche del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", che garantisce "gratuitamente" una tempestiva e puntuale informazione sullo stato di elaborazione della propria pratica di rimborso attraverso l'invio di SMS sul proprio cellulare.

¹ Il primo accesso all'Area Riservata deve essere effettuato utilizzando come login il proprio CODICE FISCALE (in caratteri MAIUSCOLI) e come password la data di nascita (GMMMAAAA)

In particolare, il servizio garantisce una notifica a seguito delle seguenti attività:

- a)** avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
- b)** eventuale sospensione della pratica di rimborso, qualora la documentazione allegata alla domanda di rimborso risulti incompleta;
- c)** avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso;
- d)** eventuale reiezione per non indennizzabilità della domanda di rimborso.

Per maggiori dettagli sull'attivazione del servizio si rinvia al successivo § 3, punto 3.6, "SEGUI LA TUA PRATICA®".

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

2.LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l'Assistito **dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa** di Previmedical S.p.A., quale Service Amministrativo di UNI.C.A., per ottenere la relativa autorizzazione mediante:

- il numero verde
- la preattivazione on line
- tramite apposita APP di RBM Salute S.p.A..

A quest'ultimo proposito si segnala che attraverso la APP Mobile di RBM Salute ciascun Assistito può 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 Previmedical;
- visualizzazione dello status e dei dettagli inerenti le proprie pratiche;
- pre-attivazione delle prestazioni presso le strutture convenzionate (regime di assistenza diretta);
- Inserimento domanda di rimborso (indiretta).

Coloro che sono già registrati nell'AREA RISERVATA come utenti per la gestione on line dei sinistri – AREA ISCRITTO - potranno utilizzare le medesime credenziali di accesso che possiedono per accedere ai servizi tramite APP Mobile di RBM Salute, in caso contrario dovranno essere richieste login e password per poter accedere all'Area Riservata.

E' possibile richiedere alla Centrale Operativa la valutazione preventiva relativamente a casistiche di particolare gravità.

A seguire, si fornisce il dettaglio dei passaggi procedurali da seguire, differenziati in ragione della tipologia di intervento richiesto.

2.1. RICOVERI ED INTERVENTI CHIRURGICI

PRIMA DEL RICOVERO/INTERVENTO CHIRURGICO

2.1.1. L'AUTORIZZAZIONE

Prima di un ricovero o di essere sottoposto ad un intervento chirurgico, 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 di Previmedical S.p.A., in mancanza del quale l'accesso al regime di assistenza diretta non è consentito.

2.1.1.1. CANALE TRADIZIONALE

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

- **800. 90.12.23** da telefono fisso e cellulari (numero verde);
- **0039 0422.17.44.023** per chiamate dall'estero.

E-Mail: assistenza.unica@previmedical.it

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.

Fermo il preavviso minimo di 2 gg (48 h) lavorativi la Centrale Operativa garantisce la risposta (autorizzazione/diniego) sull'esito della valutazione della richiesta di Assistenza diretta:

- **se la richiesta perviene con un anticipo di almeno 7 gg lavorativi dalla data dell'evento**, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro i 2 gg lavorativi dalla richiesta dell'Assistito/Assicurato
- **se la richiesta perviene tra i 6 e i 4 giorni lavorativi antecedenti la data dell'evento**, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro i 2 gg lavorativi precedenti la data dell'evento

- **se la richiesta perviene tra i 3 e i 2 giorni lavorativi antecedenti la data dell'evento**, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro 1 gg lavorativo precedente la data dell'evento .

Rimane fermo per l'Assistito il diritto ad un preavviso di almeno 2 gg (48 ore) lavorativi; in tal caso tuttavia, tale preavviso minimo potrebbe comportare, in ipotesi di diniego dell'autorizzazione, una comunicazione da parte della Centrale Operativa estremamente a ridosso del momento previsto per la fruizione della prestazione.

In ogni caso, si precisa che nella fase di avvio dei Piani Sanitari potrebbe non essere possibile rispettare i predetti livelli di servizio fino a che il processo di acquisizione delle anagrafiche non risulterà completato. A tal fine si invitano tutti gli Assistiti che intendano usufruire di una prestazione in regime di assistenza DIRETTA a contattare con il massimo preavviso la Centrale Operativa.

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;
- codice fiscale;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- data della prestazione.
- la modalità di invio notifica autorizzazione (SMS o e-mail)

L'Assistito **dovrà trasmettere via fax**, al numero **0422.17.44.523**, alla Centrale Operativa:

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

La Centrale Operativa, verifica la posizione del richiedente da un punto di vista amministrativo, accertando, attraverso il proprio data-base gestionale i seguenti dati:

- l'anagrafica dell'interessato;
- lo "status" dell'Assistito (inclusione in copertura e verifica della regolarità contributiva del'Assistito).

La Centrale Operativa esperiti i controlli di natura amministrativa procede alla valutazione medico-assicurativa della richiesta avanzata, effettuando l'analisi della documentazione medica trasmessa dall'Assistito (valutando a titolo esemplificativo l'inclusione della prestazione richiesta nel piano sanitario dell'Assistito, i massimali residui, ecc.).

Si precisa che per i ricoveri e/o Day Hospital, non "resi necessari da malattia o infortunio", durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica e in riferimento al quadro clinico, possono essere effettuati anche in ambulatorio senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente, le spese relative alle prestazioni effettuate verranno riconosciute in forma rimborsuale nei termini e limiti previsti dalle rispettive garanzie extraospedaliere.

L'assistito riceverà l'esito dell'analisi tecnico-assicurativa compiuta dalla Centrale Operativa (**autorizzazione/diniego al ricovero/intervento**), **attraverso il canale indicato in fase di contatto con la Centrale Operativa (SMS o E-mail)**. **L'esito della valutazione sarà inoltre disponibile accedendo all'AREA RISERVATA.**

La Centrale Operativa, effettuata con esito positiva l'analisi medico-assicurativa, autorizza altresì a mezzo fax o flusso web la Struttura convenzionata ad erogare la prestazione all'Assistito in regime di assistenza diretta, con conseguente pagamento da parte di Previmedical, dando evidenza di eventuali spese non previste dal piano sanitario.

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.

2.1.1.2. LA PREATTIVAZIONE ON LINE

L'Assistito, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la preattivazione con modalità telematiche accedendo alla propria area riservata dal sito www.unica.previmedical.it - AREA ISCRITTO, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "Richiesta di Autorizzazione Assistenza Convenzionata On-line".

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 presso la quale ricevere la prestazione; a tal fine, l'Assistito deve indicare obbligatoriamente:

- la tipologia di struttura sanitaria cui intende rivolgersi (ambulatorio, clinica, dentista, laboratorio, etc.);
- la provincia ove è ubicata la struttura.

E' possibile perfezionare ulteriormente la ricerca indicando inoltre:

- la ragione sociale della struttura stessa;
- 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 appartenenti alla tipologia richiesta facenti parte del Network, con possibilità di selezione di quella prescelta.

Il sistema consente di **avviare on-line la procedura di preattivazione** mediante compilazione di appositi campi visualizzabili nella sezione denominata **"Richiesta assistenza convenzionata on-line"**.

L'Assistito **dovrà inoltre allegare:**

- prescrizione o certificato medico attestante la prestazione ospedaliera da effettuare;
 - diagnosi;
 - il referto del Pronto Soccorso, nel caso di infortunio, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile.
- A questo punto l'Assistito, premendo il pulsante di conferma, invia alla Centrale Operativa la richiesta di preattivazione.

Fermo il preavviso minimo di 2 gg (48 h) lavorativi la Centrale Operativa garantisce la risposta (autorizzazione/diniego) sull'esito della valutazione della richiesta di Assistenza diretta:

- **se la richiesta perviene con un anticipo di almeno 7 gg lavorativi dalla data dell'evento**, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro i 2 gg lavorativi dalla richiesta dell'Assistito/Assicurato
- **se la richiesta perviene tra i 6 e i 4 giorni lavorativi antecedenti la data dell'evento**, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro i 2 gg lavorativi precedenti la data dell'evento.
- **se la richiesta perviene tra i 3 e i 2 giorni lavorativi antecedenti la data dell'evento**, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro 1 gg lavorativo precedente la data dell'evento .

Rimane fermo per l'Assistito il diritto ad un preavviso di almeno 2 gg (48 ore) lavorativi; in tal caso tuttavia, tale preavviso minimo potrebbe comportare, in ipotesi di diniego dell'autorizzazione, una comunicazione da parte della Centrale Operativa estremamente a ridosso del momento previsto per la fruizione della prestazione.

In ogni caso, si precisa che nella fase di avvio dei Piani Sanitari potrebbe non essere possibile rispettare i predetti livelli di servizio fino a che il processo di acquisizione delle anagrafiche non risulterà completato. A tal fine si invitano tutti gli Assistiti che intendano usufruire di una prestazione in regime di assistenza DIRETTA a contattare con il massimo preavviso la Centrale Operativa.

Si precisa che per i ricoveri e/o Day Hospital, non "resi necessari da malattia o infortunio", durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica e in riferimento al quadro clinico, possono essere effettuati anche in ambulatorio

senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente, le spese relative alle prestazioni effettuate verranno riconosciute in forma rimborsuale nei termini e limiti previsti dalle rispettive garanzie extraospedaliere.

L'assistito riceverà l'esito (**autorizzazione/diniego al ricovero/intervento**) dell'analisi tecnico-assicurativa compiuta dalla centrale Operativa **attraverso il canale indicato in fase di contatto con la Centrale Operativa (SMS o E-mail)**. **L'esito della valutazione sarà inoltre disponibile accedendo all'AREA RISERVATA.**

La Centrale Operativa, effettuata con esito positiva l'analisi medico-assicurativa, autorizza altresì a mezzo fax o flusso web la Struttura convenzionata ad erogare la prestazione all'Assistito in regime di assistenza diretta, con conseguente pagamento da parte di Previmedical, dando evidenza di eventuali spese non previste dal piano sanitario.

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.

2.1.2. ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in network senza rispettare il preavviso di 48 ore lavorative, 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 (**0422.17.44.523**) o tramite e-mail (assistenza.unica@previmedical.it) allegando:

- 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.

La Centrale Operativa si impegna a gestire le richieste con carattere di urgenza che pervengano entro le 24 ore lavorative 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.

Nel caso di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa, l'Assistito potrà richiedere l'autorizzazione **entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero** 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.

2.1.3. 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 si considererà ricevuta in regime di assistenza sanitaria in forma rimborsuale, con pagamento anticipato da parte dell'Assistito e rimborso al medesimo, se previsto dal proprio Piano Sanitario, nei termini e limiti da questo previsti.

2.1.4. LA PRENOTAZIONE

Ferma rimanendo la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa, di cui al precedente paragrafo 2.1.1., con riferimento alla prenotazione delle prestazioni, **l'Assistito potrà effettuarla per il tramite della Centrale Operativa, contattando il numero verde.**

Una volta eseguita la prenotazione, la Centrale Operativa provvederà a fornire all'Assistito un'informativa via e-mail o sms della prenotazione effettuata.

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 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.

2.2. VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

PRIMA DI RICEVERE LA PRESTAZIONE

2.2.1. 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.

2.2.1.1. CANALE TRADIZIONALE

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

- **800.90.12.23** da telefono fisso e cellulari (numero verde);
- **0039 0422.17.44.023** per chiamate dall'estero.

E-Mail: assistenza.unica@previmedical.it

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.

Fermo il preavviso minimo di 2 gg (48 h) lavorativi la Centrale Operativa garantisce la risposta (autorizzazione/diniego) sull'esito della valutazione della richiesta di Assistenza diretta:

- **se la richiesta perviene con un anticipo di almeno 4 giorni lavorativi dalla data dell'evento**, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro i 2 gg lavorativi precedenti la data dell'evento

- **se la richiesta perviene tra i 3 e i 2 giorni lavorativi antecedenti la data dell'evento**, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro 1 gg lavorativo precedente la data dell'evento .

Rimane fermo per l'Assistito il diritto ad un preavviso di almeno 2 gg (48 ore) lavorativi; in tal caso tuttavia, tale preavviso minimo potrebbe comportare, in ipotesi di diniego dell'autorizzazione, una comunicazione da parte della Centrale Operativa estremamente a ridosso del momento previsto per la fruizione della prestazione.

In ogni caso, si precisa che nella fase di avvio dei Piani Sanitari potrebbe non essere possibile rispettare i predetti livelli di servizio fino a che il processo di acquisizione delle anagrafiche non risulterà completato. A tal fine si invitano tutti gli assicurati che intendano usufruire di una prestazione in regime di assistenza DIRETTA a contattare con il massimo preavviso la Centrale Operativa.

La Centrale Operativa di Previmedical 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;
- codice fiscale;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- la modalità di invio notifica autorizzazione (SMS o E-mail);
- data della prestazione;
- lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi e/o quesito diagnostico.

N.B.: La prescrizione deve essere predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che effettuerà (direttamente o indirettamente) la prestazione.

Qualora invece le prestazioni siano eseguite a seguito di un accertamento o di una terapia - comunque successive alla prima visita, e il medico prescrittore sarà anche l'erogatore delle prestazioni effettuate, - in deroga a quanto sopra le stesse dovranno essere attestate mediante trasmissione del relativo referto o di relazione contenente la diagnosi.

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 riceverà l'esito (**autorizzazione/diniego alla prestazione extraospedaliera**) dell'analisi tecnico-assicurativa compiuta dalla centrale Operativa, **attraverso il canale indicato in fase di contatto con la Centrale Operativa (SMS o E-mail)**. **L'esito della valutazione sarà inoltre disponibile accedendo all'AREA RISERVATA.**

La Centrale Operativa, effettuata con esito positivo l'analisi tecnico-medica, autorizza altresì a mezzo fax o flusso web la Struttura Convenzionata ad erogare la prestazione all'Assistito in regime di assistenza diretta, con conseguente pagamento da parte di Previmedical, dando evidenza di eventuali spese non previste dal Piano Sanitario.

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.

2.2.1.2. LA PREATTIVAZIONE ON LINE

L'Assistito, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la preattivazione con modalità telematiche accedendo alla propria Area Riservata dal sito www.unica.previmedical.it - AREA ISCRITTO, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "Richiesta di Autorizzazione Assistenza Convenzionata On-line".

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 presso la quale ricevere la prestazione; a tal fine, l'Assistito deve indicare obbligatoriamente:

- la tipologia di struttura sanitaria cui intende rivolgersi (ambulatorio, clinica, dentista, laboratorio, etc.);
- la provincia ove è ubicata la struttura.

E' possibile perfezionare ulteriormente la ricerca indicando inoltre:

- la ragione sociale della struttura stessa;
- 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 appartenenti alla tipologia richiesta facenti parte del Network, con possibilità di selezione di quella prescelta.

Il sistema consente di avviare on-line la procedura di preattivazione mediante compilazione di appositi campi visualizzabili nella sezione denominata “Richiesta assistenza convenzionata on-line”:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- codice fiscale;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- la modalità di invio notifica autorizzazione (SMS o E-mail);
- data della prestazione;
- contenuto del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi e/o quesito diagnostico.

N.B.: La prescrizione deve essere predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che effettuerà (direttamente o indirettamente) la prestazione.

Qualora invece le prestazioni siano eseguite a seguito di un accertamento o di una terapia - comunque successive alla prima visita e il medico prescrittore sarà anche l'erogatore delle prestazioni effettuate, in deroga a quanto sopra, le stesse dovranno essere attestate mediante trasmissione del relativo referto o di relazione contenente la diagnosi.

L'Assistito potrà inoltre allegare il certificato medico indicante la richiesta di prestazione con diagnosi e/o quesito diagnostico.

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

Fermo il preavviso minimo di 2 gg (48 h) lavorativi la Centrale Operativa garantisce la risposta (autorizzazione/diniego) sull'esito della valutazione della richiesta di Assistenza diretta:

- **se la richiesta perviene con un anticipo di almeno 4 giorni lavorativi dalla data dell'evento**, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro i 2 gg lavorativi precedenti la data dell'evento
- **se la richiesta perviene tra i 3 e i 2 giorni lavorativi antecedenti la data dell'evento**, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro 1 gg lavorativo precedente la data dell'evento .

Rimane fermo per l'Assistito il diritto ad un preavviso di almeno 2 gg (48 ore) lavorativi; in tal caso tuttavia, tale preavviso minimo potrebbe comportare, in ipotesi di diniego dell'autorizzazione, una comunicazione da parte della Centrale Operativa estremamente a ridosso del momento previsto per la fruizione della prestazione.

In ogni caso, si precisa che nella fase di avvio dei Piani Sanitari potrebbe non essere possibile rispettare i predetti livelli di servizio fino a che il processo di acquisizione delle anagrafiche non risulterà completato. A tal fine si invitano tutti gli assicurati che intendano usufruire di una prestazione in regime di assistenza DIRETTA a contattare con il massimo preavviso la Centrale Operativa.

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 riceverà l'esito (**autorizzazione/diniego alla prestazione extraospedaliera**) dell'analisi tecnico-assicurativa compiuta dalla centrale Operativa, **attraverso il canale indicato in fase di preattivazione on-line (SMS o E-mail). L'esito della valutazione sarà inoltre disponibile accedendo all'AREA RISERVATA.**

La Centrale Operativa, effettuata con esito positivo l'analisi tecnico-medica, autorizza altresì a mezzo fax o flusso web la Struttura Convenzionata ad erogare la prestazione all'Assistito in regime di assistenza diretta, con conseguente pagamento da parte di Previmedical, dando evidenza di eventuali spese non previste dal Piano Sanitario.

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.

2.2.2. ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in Network senza rispettare il preavviso di 48 ore lavorative, 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 (**0422.17.44.523**) o tramite e-mail (assistenza.unica@previmedical.it) allegando:

- 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 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).

La Centrale Operativa si impegna a gestire le richieste con carattere di urgenza che pervengano entro le 24 ore lavorative 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

2.2.3. 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 si considererà ricevuta in regime di assistenza sanitaria in forma rimborsuale, con pagamento anticipato da parte dell'Assistito e rimborso al medesimo previa detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo.

2.2.4. LA PRENOTAZIONE

Ferma rimanendo la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa, di cui al precedente paragrafo 2.2.1., con riferimento alla prenotazione delle prestazioni, **l'Assistito potrà effettuarla per il tramite della Centrale Operativa, contattando il numero verde.**

Una volta eseguita la prenotazione, la Centrale Operativa provvederà a fornire all'Assistito un'informativa via e-mail o sms della prenotazione effettuata.

2.2.5. LA PRENOTAZIONE DI VISITE DI CONTROLLO E PREVENZIONE HERPES ZOSTER

Per fruire delle prestazioni del punto 2.2.5, l'Assistito deve:

- 1) individuare la Struttura convenzionata con il Network Previmedical **accedendo alla propria Area Riservata sul sito Previmedical o attraverso l'App Mobile "Easy UniCA", avvalendosi della funzionalità di ricerca;**
- 2) Contattare direttamente la Struttura Convenzionata **verificando la specializzazione disponibile** e prenotare la prestazione;
- 3) **richiedere la pre-attivazione con modalità telematiche accedendo alla propria Area Riservata sul sito Previmedical o attraverso l'App Mobile "Easy UniCA", avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili.**

L'assistito riceverà l'autorizzazione, attraverso il canale indicato in fase di preattivazione on-line (SMS o E-mail).

Per le tempistiche di pre-attivazione, l'Assistito, dovrà seguire la procedura descritta al precedente paragrafo 2.2.1.2. LA PREATTIVAZIONE ON LINE. L'Assistito è tenuto a dare un preavviso di almeno 2 gg (48 ore) lavorativi.

Ogni Assicurato può effettuare una visita specialistica di controllo al mese, una volta all'anno per singola specializzazione. Tali visite non prevedono applicazione di scoperto e franchigia e non concorrono alla saturazione del massimale di polizza.

N.B. Prima di effettuare le prestazioni su indicate si consiglia di consultare la propria ASL o il proprio medico di fiducia per verificare la presenza di controindicazioni o possibili effetti collaterali importanti, dovuti all'età e/o allo stato di salute.

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 provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della Struttura Sanitaria della fattura completa e dell'eventuale ulteriore documentazione giustificativa.**

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

3. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME RIMBORSUALE

3.1. 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, trasmettendola avvalendosi di uno dei canali descritti ai punti 3.2., 3.3. e 3.4.:

- documentazione medica (anche per le prestazioni rese in regime di SSN)

a) prescrizione con indicazione del quesito diagnostico e/o della diagnosi. 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.

La prescrizione deve essere stata predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che ha effettuato (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore abbia anche erogato le prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto o di relazione contenente la diagnosi;

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, ottico optometrista od ortottico regolarmente abilitato, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti, incluse le lenti a contatto (intendendosi comunque escluse le "usa e getta"), se previste dall'opzione prescelta. Si precisa che andrà specificato se si tratta di **prescrizione per prime lenti**; si precisa inoltre che è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46.

e) quant'altro necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri.

- documentazione di spesa quietanzata (fatture, notule, ricevute)

a) 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 (che se di ammontare superiore a € 77,47 dovrà contenere la marca da bollo di € 2,00 DPR 642/72), dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi.

b) per il rimborso delle spese sostenute per prestazioni sanitarie in regime SSN, specificate al successivo capitolo 5, si richiede la **fattura o ricevuta rilasciata, all'atto del pagamento, dalla ASL o struttura sanitaria accreditata con il SSN, con indicazione della prestazione effettuata oppure la ricevuta di pagamento emessa da Punto Giallo con allegato il foglio di prenotazione rilasciato dalla ASL al momento della prenotazione o dell'effettuazione della prestazione.** Previmedical verificherà che la prestazione (rinvenibile da apposita codifica contenuta nei documenti suddetti) sia una di quelle previste dal Piano Sanitario (sono p.e. escluse le spese sostenute per prestazioni di prevenzione e/o controllo)

Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge. **Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'italiano, dall'inglese, dal francese e dal tedesco dovrà essere corredata di traduzione in italiano o in inglese.** Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni.

Qualora l'Assistito presentasse in allegato alla richiesta di rimborso cartacea, la documentazione medica in originale, anziché in copia, Previmedical non restituirà i documenti originali, ma in caso di necessità, il titolare dell'assistenza potrà formulare richiesta motivata di copia conforme all'originale ad assistenza.unica@previmedical.it.

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.

A fronte di una richiesta da parte di Previmedical di integrazione della documentazione inerente la pratica di rimborso, la stessa deve essere trasmessa dall'Assistito entro 60 giorni dalla ricezione della richiesta stessa, pena la decadenza del diritto al rimborso.

3.2. LA RICHIESTA DI RIMBORSO CARTACEA

L'Assistito, ricevuta la prestazione, dovrà compilare il Modulo di richiesta di rimborso reperibile sul sito internet www.unica.previmedical.it 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:

PREVIMEDICAL C/O CSU – BOLOGNA (POSTA INTERNA)

oppure a

Ufficio Liquidazioni UNI.C.A. - PREVIMEDICAL

Casella Postale n. 142

31021 Mogliano Veneto (TV)

3.3. LA RICHIESTA DI RIMBORSO ON-LINE

In alternativa alla procedura di cui alla precedente lettera A.2, l'Assistito, in possesso dei dati di accesso (login e password), 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.unica.previmedical.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).

3.4. LA RICHIESTA DI RIMBORSO TELEMATICA

Alternativamente ai modelli di trasmissione sopra descritti l'Assistito, accedendo alla propria area riservata dal sito www.unica.previmedical.it (AREA RISERVATA), può accedere alla funzionalità che consente di effettuare la compilazione del modulo di rimborso con modalità telematiche. La compilazione del modulo è guidata e consente l'indicazione da parte dell'iscritto di tutte le informazioni utili ai fini di procedere alla liquidazione dei rimborsi relativi alle prestazioni effettuate.

Al termine della compilazione on-line del modulo di rimborso, l'iscritto dovrà procedere alla stampa ed alla sottoscrizione dello stesso ed alla sua successiva trasmissione unitamente alla documentazione delle spese per le quali viene avanzata richiesta di rimborso.

A seguito della stampa del modulo, la richiesta effettuata (che potrà essere annullata in giornata da parte dell'Assistito) sarà gestita presso la Centrale Operativa, che rimarrà in attesa di ricevere la versione cartacea del modulo, congiuntamente alla prescritta documentazione, per procedere all'avvio della fase liquidativa.

Per coloro che non dispongano di un accesso ad internet, le richieste di rimborso potranno essere avanzate attraverso il canale tradizionale (cartaceo), con le modalità descritte al precedente punto 3.2.).

3.5. LA CONSULTAZIONE DELLA PROPRIA PRATICA

3.5.1. CONSULTAZIONE ON LINE

Accedendo alla propria Area Riservata dal sito internet www.unica.previmedical.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.
-

3.5.2. CONSULTAZIONE TRAMITE CANALE TRADIZIONALE

Per coloro che non dispongono di accesso ad internet, è possibile consultare lo stato di elaborazione della propria pratica di rimborso o attraverso il canale tradizionale (telefonico) chiamando i seguenti numeri:

- **800.90.12.23** da telefono fisso e cellulari (numero verde);
- **0039 0422.17.44.023** per chiamate dall'estero.

3.6. SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

E' a disposizione il servizio "**SEGUI 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 sospensione della pratica di rimborso, qualora la documentazione allegata alla domanda di rimborso risulti incompleta;
- eventuale reiezione per non indennizzabilità della domanda di rimborso.

3.7. ACCESSO AI SERVIZI TRAMITE APP MOBILE DI RBM SALUTE

RBM Salute rende disponibile una APP Mobile proprietaria per l'utilizzo via smartphone e tablet di tutte le funzionalità web (vedi specifica documentazione pubblicata sui siti www.unica.unicredit.it e www.unica.previmedical.it).

4. ESTRATTO CONTO PRESTAZIONI AI FINI DELLA DICHIARAZIONE DEI REDDITI

Ogni anno – allo scopo di consentire ai propri Assistiti di predisporre la dichiarazione dei redditi relativa all'anno precedente, portando in detrazione gli importi corrispondenti alle prestazioni sanitarie non rimborsate da Uni.C.A.– quest'ultima, per il tramite di Previmedical, rilascerà ai propri Assistiti un estratto conto delle prestazioni rimborsate. In sede di dichiarazione dei redditi, l'Assistito potrà utilizzare la predetta documentazione sostitutiva rilasciata annualmente dalla Cassa unitamente alle fotocopie della documentazione di spesa.

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.

Si precisa che l'Assistito dovrà tener conto, nell'esposizione del predetto dato in dichiarazione, di eventuali spese inizialmente non rimborsate (ad esempio per carenza documentale) successivamente ripresentate a rimborso e liquidate in tutto o in parte. L'evidenza, all'interno del documento, di numero, data ed importo delle fatture agevola la verifica in questione.

5. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (S.S.N.)

Nel caso di ricovero 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 previsti dal Piano Sanitario.

Inoltre, verranno rimborsate **per le prestazioni previste dal Piano Sanitario, entro i limiti di assistenza previsti** per ogni singolo tipo di prestazione, **le spese sostenute a titolo di ticket sanitario** senza applicazione di alcuno scoperto/franchigia².

Per ottenere il rimborso, l'Assistito, dovrà seguire la procedura descritta al precedente capitolo 3. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME RIMBORSUALE.

6. SERVIZIO RECALL

Il servizio RECALL è attivabile dall'Assistito nei soli giorni lavorativi e nel caso in cui tutte le linee telefoniche della Centrale Operativa siano occupate (n° verde 800. 90.12.23 da telefono fisso e cellulari);

L'utente dopo il messaggio registrato dovrà lasciare i propri dati (cognome, nome, numero telefonico) affinché gli operatori possano richiamare entro le successive 24 ore lavorative.

La Centrale effettuerà 2 tentativi di chiamata, nel caso in cui l'assistito non risponda, Previmedical provvede ad inviare SMS al recapito telefonico, **è quindi opportuno indicare un numero di cellulare al fine di essere più facilmente rintracciabili e ricevere l'eventuale SMS.**

Si precisa che per ogni chiamata l'operatore Previmedical rimane in attesa di risposta da parte dell'assistito per 20 secondi trascorsi i quali il sistema chiude la chiamata.

Nel solo caso in cui il servizio non vada a buon fine (ad es: numero occupato), la Centrale effettuerà 3 tentativi di chiamata.

² Saranno rimborsati i ticket sulla base della normativa disposta dal SSN e in vigore sino al dicembre 2013. eventuali aggiornamenti dei valori dei ticket stessi, così pure l'introduzione di nuovi ticket intervenuti successivamente al dicembre 2013, non saranno rimborsati, salvo che non sia diversamente stabilito a seguito specifici accordi con le Compagnie Assicuratrici.

Si **sottolinea che il servizio RECALL non deve essere utilizzato in caso di urgenze medico-sanitarie** (patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna) per le quali è prevista apposita procedura (“Guida all’assistito dirette, indirette”).

7. RICHIESTA PARERI PREVENTIVI SU COPERTURE O CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

I pareri preventivi dovranno, di norma, riguardare i ricoveri (vale a dire le prestazioni di maggiore importanza e potenziale maggior costo).

I pareri preventivi dovranno essere richiesti per iscritto, alla casella mail assistenza.unica@previmedical.it, inserendo nell’oggetto della e-mail **“PARERE PREVENTIVO”**, e con un preavviso di almeno 15 giorni (suggerito comunque il massimo preavviso possibile), corredati dalla documentazione medica relativa all’evento/intervento: referti, accertamenti preventivi, documentazione medica che prescrive l’intervento o il ricovero.

I pareri, inerenti la ricomprensione in copertura o – di larga massima – le condizioni di liquidazione (ad esempio, per esistenza di limiti di indennizzo), saranno resi entro 8 giorni dalla richiesta, o dal pervenimento della eventuale documentazione integrativa richiesta, sulla base della documentazione acquisita e non varranno nel caso di modifica dell’intervento o del trattamento eseguito in sede di ricovero rispetto a quanto inizialmente ipotizzato.