



Polizza Sanitaria Maestri di Sci Vda e Famiglia dal 01.05.2023 al 01.05.2024

2023, Il Servizio Sanitario Nazionale è messo sempre a dura prova.

Anche quest'anno, il piano sanitario, che normalmente era rivolto esclusivamente ai Maestri che avevano sottoscritto la polizza infortuni con AVMS, vista la particolarità della situazione in cui ci troviamo, sarà accessibile dal 01.05.2023 a tutti i Maestri regolarmente iscritti all'Associazione Valdostana Maestri di Sci e permetterà qualora siate interessati di assicurare le cure migliori a Voi e alla Vostra Famiglia.

Sottoscrivendo il piano sanitario è possibile appoggiarsi alle strutture sanitarie private ammortizzando quasi del tutto i costi che generalmente prevedono le cure presso la sanità privata, intramoenia o godere di una diaria sostitutiva in caso di ricovero se si utilizza il S.S.N. e del rimborso dei ticket sanitari per gli esami e/o le visite.

COPERTURA SANITARIA	PAG. 1
MASSIMALI – GARANZIE PRINCIPALI	PAG. 2
PECULIARITA	PAG. 3
ALLEGATO SCHEDA RIASSUNTIVA GARANZIE	PAG. 4-5
GARANZIE AGGIUNTIVE	PAG. 6
LIVELLI DI SERVIZIO GARANTITI	PAG. 7
COSTO DEL PIANO SANITARIO	PAG. 8
PROCEDURA LIQUIDATIVA	PAG. 9

LA POLIZZA

Indennizza direttamente e/o rimborsa le spese mediche da malattia e da infortunio

- ✓ Ricovero con/senza intervento;
- ✓ Spese mediche pre/post ricovero;
- ✓ Diaria sostitutiva in caso di ricovero con/senza intervento presso S.S.N.;
- ✓ **Visite specialistiche ed esami di alta diagnostica, anche senza il ricovero, compresa la fisioterapia;**
- ✓ Ticket del S.S.N.

CHI ASSICURA

Il Maestro di sci regolarmente iscritto all'AVMS fino a 75 anni di età), compresa la famiglia a carico (Maestro di sci, coniuge fiscalmente a carico anche non convivente purché non separato legalmente, persone unite civilmente e figli conviventi e non per i quali si verificano le condizioni reddituali previste per la sussistenza a carico – art 13 del TUIR così come novellato dal Dlgs 446/97).

É possibile estendere la copertura anche a persone non a carico che fanno parte del nucleo familiare, ma conviventi a condizione che si assicurino tutti i componenti.

MASSIMALE

Il massimale della garanzia ospedaliera è pari ad € 160.000,00 per il Maestro di sci e per tutto il nucleo **familiare a carico**. I familiari non a carico hanno la possibilità di essere inseriti in copertura sanitaria con massimale di € 30.000,00 per ognuno di loro. Qualora si decida di inserire i familiari non a carico con premio suppletivo dovranno essere inseriti tutti i familiari non carico del nucleo familiare.

La carenza per i nuovi ingressi dei maestri di sci e i familiari a carico (stipula della polizza per la prima volta) è per la malattia pari a giorni 60.

La carenza per i familiari non a carico per i primi ingressi (stipula della polizza per la prima volta) è per la malattia pari a giorni 180.

Esistono dei sub massimali si prega di verificare nella tabella a pag. 5.

- ✓ Ricovero con/senza intervento presso strutture private o pubbliche (intramoenia);
- ✓ Visite pre/post ricovero;
- ✓ Diaria sostitutiva nel caso si utilizzi il S.S.N.;
- ✓ Prestazioni extraospedaliere di alta specializzazione (anche senza ricovero) compresa la fisioterapia effettuata da centri medici;
- ✓ Cure domiciliari/ambulatoriali;
- ✓ Ticket sanitari

GARANZIE PRINCIPALI
Vengono pagate direttamente o rimborsate le spese da malattia o infortunio per:

PECULIARITA'

Per i nuovi ingressi in copertura dei Maestri di sci e dei rispettivi nuclei familiari ossia il coniuge fiscalmente a carico (anche non convivente, purché non separato legalmente) o il convivente more uxorio fiscalmente a carico o la persona unita civilmente fiscalmente a carico, figli legittimi fiscalmente a carico totale o parziale, conviventi o non conviventi, la copertura assicurativa prevede i seguenti termini di carenza:

- 60 giorni per tutte le malattie
- 60 giorni per l'aborto e le malattie dipendenti da gravidanza

Per ogni altro familiare convivente, a carico e non (compreso coniuge fiscalmente non a carico o persona convivente «more uxorio»):

- L'inserimento deve riguardare tutti i componenti del nucleo;
- Per i nuovi ingressi in copertura, le garanzie operano con 180 giorni di carenza per le malattie preesistenti all'ingresso in copertura, conosciute e non .

Per «nuovo ingresso» si intende ogni familiare non già assicurato prima della data di effetto della presente assicurazione con il precedente assicuratore

ELENCO ESEMPLIFICATIVO GARANZIE COMPLETE E SUB MASSIMALI

(PER LE CONDIZIONI INTEGRALI DI POLIZZA SI PREGA DI
VERIFICARE L'ALLEGATO CONDIZIONI INTEGRALI DI
POLIZZA ALLEGATO ALLA NEWSLETTER)

Allegato 1: Scheda riassuntiva

Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie che verranno concordate per le singole opzioni

N.B.: Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

Opzione	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A)	
Massimale	Euro 160.000
-Altri Familiari (massimale aggiuntivo e separato)	Euro 30.000
Ricovero con/senza intervento	
Condizioni:	
- diretta	
<input type="checkbox"/> Strutture ordinarie	Franchigia fissa di Euro 1.000
<input type="checkbox"/> Strutture "TOP" (allegato 4) ed Equipe TOP (allegato 5)	Scoperto 5% minimo Euro 1.000
- rimborso	
<input type="checkbox"/> Strutture ordinarie	Scoperto 25% minimo Euro 1.600 fino al massimo della quota prevista dagli interventi plafonati
<input type="checkbox"/> Strutture "TOP" (allegato 4) e/o Equipe "TOP" (allegato 5)	Scoperto 35% minimo Euro 1.600 fino al massimo della quota prevista dagli interventi plafonati
- misto:	
<input type="checkbox"/> Strutture ordinarie diretta ed Equipe ordinaria a rimborso	Scoperto 25% minimo Euro 1.070 fino a Livelli di Indennizzo
<input type="checkbox"/> Strutture "TOP" (allegato 4) diretta e/o Equipe TOP a rimborso	Scoperto 35% minimo Euro 1.070 fino a Livelli di Indennizzo
Materiale intervento	scoperto 30% € 5.000,00 per l'utilizzo del robot
Limite per gli interventi urologici effettuati con chirurgia robotica	€ 10.000,00 per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico.
Limite retta di degenza a rimborso	Euro 220 al giorno
Spese Pre/post	
- Con Intervento	100/100 giorni
- Senza Intervento	60/60 giorni
Sub massimali (*)	
Day Hospital con/senza intervento ed Intervento Ambulatoriale	Euro 3.000
Parto Naturale	Euro 1.200
Parto Cesareo ed Aborto terapeutico e Int. concomitanti	Euro 2.700
Correzione Miopia	Euro 1.000 per occhio
Accompagnatore	Euro 50 massimo 20 giorni
Trasporto malato	Euro 1.600
Indennità sostitutiva	
Ricovero con intervento	Euro 95 al giorno massimo 200 giorni
Ricovero senza intervento	Franchigia relativa 3 giorni
Pre/post	60/60 giorni
Neonati	fino a 1 anno Entro il limite massimo assoluto di Euro 30.000

(*): a queste voci si applicano i medesimi limiti e franchigie di cui alla voce "Ricovero con o senza intervento"

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (B-C)	
B-Alta Specializzazione	
Massimale	Euro 2.140
Condizioni:	
- diretta	Scoperto 15% minimo Euro 70
- rimborso	Scoperto 25% minimo Euro 126
Ticket	Euro 540 - franchigia fissa € 10
C-Cure domiciliari/Ambulatoriali	
Massimale	Euro 1.070
Condizioni:	
diretta	Scoperto 20% minimo Euro 60
rimborso	Scoperto 20% minimo Euro 100
Ticket	Euro 540 - franchigia fissa € 10
D - Ulteriori Prestazioni	Previste

Altre garanzie previste ramo 2 (ex pacchetto Comfortsalute):

SECOND OPINION

Prestazioni

La Second Opinion è un secondo parere medico che l'Assicurato può richiedere alla Compagnia una sola volta nel corso della annualità assicurativa e solo nel caso in cui abbia ricevuto una diagnosi dopo la data di decorrenza della copertura assicurativa, relativa a:

- Infarto miocardico
- Cancro
- Ictus cerebrale
- Insufficienza renale
- Insufficienza epatica cronica terminale
- Coma
- Necessità di sottoporsi a trapianto d'organo come ricevente.

La Second Opinion può essere richiesta entro 6 mesi dal giorno della diagnosi di cui sopra.

L'Assicurato (o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare) deve spiegare ai medici della Centrale operativa il proprio caso, e inviare tutta la relativa documentazione medica.

I medici della Centrale operativa verificano la documentazione pervenuta e la inviano al Centro medico convenzionato col Network specializzato in relazione alla patologia dell'Assicurato.

Entro 15 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione, la Centrale operativa invia all'Assicurato la Second opinion scientifico-specialistica.

La Compagnia si fa carico delle spese riguardanti l'organizzazione e l'erogazione della prestazione.

Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale: illimitato

Regimi di erogazione

Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia.

SERVIZIO DI CONSULENZA MEDICA, INFORMAZIONI SANITARIE E RICERCA DEGLI ISTITUTI DI CURA

Prestazioni

Se per Infortunio o Malattia, l'Assicurato ha bisogno di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. Le modalità della consulenza medica si differenziano a seconda della richiesta:

a) Informazione e orientamento medico telefonico

Quando l'Assicurato ha bisogno di consigli medico-sanitari generici o di informazioni per trovare medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale e internazionale, la Centrale operativa fornisce:

- un esperto per un consulto telefonico immediato
- informazione sanitaria su farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione ad esami diagnostici, profilassi in previsione di viaggi all'estero.

Se dopo il consulto l'Assicurato ha bisogno di una visita specialistica, la Centrale operativa segnala il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando, per Infortunio o Malattia che possono richiedere interventi di particolare complessità, l'Assicurato ha bisogno di informazioni su centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo:

- la Centrale Operativa mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie
- l'équipe medica, all'occorrenza, segnala all'Assicurato medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari; l'équipe medica resta a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il centro in questione, anche per eventuali problemi di comunicazione e di lingua.

Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed eventualmente individuare le strutture più appropriate, i medici della Centrale operativa possono chiedere all'Assicurato la documentazione clinica.

c) Consulenza telefonica medico-specialistica

Quando l'Assicurato ha bisogno di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali può parlare direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

Art. 2 Livelli di servizio minimi garantiti e penale a tutela del servizio

2.1. Livelli minimi di servizio

La tabella riassume i livelli di servizio garantiti al Contraente

ATTIVITÀ	TEMPI MASSIMI DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ
AREA DI SERVIZIO RIMBORSI	
Messa in pagamento del rimborso (cioè data conclusione della pratica e non di accredito)	20 giorni lavorativi
Messa in pagamento del rimborso (cioè data conclusione della pratica e non di accredito) in caso di sospensione della pratica per richiesta di integrazione documentale	25 giorni lavorativi
AREA DI SERVIZIO ASSISTENZA DIRETTA	
Messaggio benvenuto call center	entro 1 secondo
Tempo di risposta call center/centrale operativa	85% in 90 secondi; 90% entro 90 secondi dal 2024
Tempo di risposta call center/centrale operativa mailing	entro 7 giorni Lavorativi
Rilascio Voucher Salute	entro 7 giorni lavorativi dalla richiesta di autorizzazione completa
AREA DI SERVIZIO BUSINESS CONTINUITY	
Ricostruzione dati e procedure (sito remoto)	entro 24 h solari
Piena ripresa funzionalità	entro 72 h solari

2.2 Penale a tutela del servizio

Per garantire un collegamento diretto tra qualità del servizio messa a disposizione e costo delle coperture, Intesa Sanpaolo RBM Salute ha ritenuto di proporre l'inserimento di una penale a presidio del livello di servizio di maggior rilievo reso, contenuto nella tabella che precede.

Pertanto, con riferimento alla gestione dei rimborsi il Contraente, anche nell'interesse dei propri Associati (nel seguito Azienda/Ente associata/a), può richiedere l'applicazione di una penale pari a 0,025% del rimborso spettante per le prestazioni ospedaliere e a 0,05% del rimborso spettante per le prestazioni extraospedaliere per ogni giorno di ritardo successivo al tempo massimo previsto per la conclusione delle pratiche (20 giorni lavorativi, o 25 giorni lavorativi in caso di sospensione della pratica per richiesta di integrazione documentale), per ogni sinistro per cui il ritardo si sia verificato.

A tal fine, il Contraente, con la sottoscrizione della presente Side Letter, attribuisce specifico mandato irrevocabile a Intesa Sanpaolo RBM Salute di pagare le penali dovute direttamente sul conto corrente intestato all'Azienda/Ente associata/o.

Pertanto, a fronte della richiesta pervenuta dal Contraente, l'importo dovuto a titolo di penale sarà liquidato da Intesa Sanpaolo RBM Salute mediante accredito su conto corrente intestato al Contraente (causale "Pagamento Penale").

L'ammontare della penale, sommata all'indennizzo riconosciuto in ritardo, non può comunque mai superare l'importo complessivo della fattura cui il sinistro si riferisce, maggiorato del 10%.

Con riferimento al rilascio del Voucher Salute® (Regime di assistenza diretta), il Contraente, anche nell'interesse dei propri Associati (nel seguito Azienda/Ente associata/a), potrà richiedere l'applicazione di una penale pari a 0,025% dell'importo autorizzato spettante per le prestazioni ospedaliere e a 0,05% dell'importo autorizzato per le prestazioni sanitarie diverse dalle ospedaliere per ogni giorno di ritardo successivo al tempo massimo previsto (7 giorni lavorativi dalla richiesta di emissione del voucher), per ogni sinistro per cui il ritardo si sia verificato.^[SF1]

Con riferimento alla presa in carico della richiesta (Regime di assistenza diretta), il Contraente, anche nell'interesse dei propri Associati (nel seguito Azienda/Ente associata/a), potrà richiedere l'applicazione di una penale pari a 0,025% dell'importo autorizzato spettante per le prestazioni ospedaliere e a 0,05% dell'importo autorizzato per le prestazioni sanitarie diverse dalle ospedaliere per ogni giorno di ritardo successivo al tempo massimo previsto (4 giorni lavorativi dalla richiesta della presa in carico), per ogni sinistro per cui il ritardo si sia verificato.^[SF2]

A tal fine, il Contraente, con la sottoscrizione della presente Side Letter, attribuisce specifico mandato irrevocabile a Intesa Sanpaolo RBM Salute di pagare le penali dovute direttamente sul conto corrente intestato all'Azienda/Ente associata/o.

Pertanto, a fronte della richiesta pervenuta dal Contraente, l'importo dovuto a titolo di penale sarà liquidato da Intesa Sanpaolo RBM Salute mediante accredito sul conto corrente intestato al Contraente (causale "Pagamento Penale").

L'ammontare della penale, sommata all'indennizzo riconosciuto in ritardo, non può comunque mai superare l'importo complessivo della fattura cui il sinistro si riferisce, maggiorato del 10%.

La richiesta di penale deve essere trasmessa a Intesa Sanpaolo RBM Salute all'indirizzo pec istituzionale di Intesa Sanpaolo RBM Salute reperibile sul sito internet www.intesasampaolorbmsalute.com o a mezzo raccomandata a/r; la richiesta di penale può essere avanzata, a pena di decadenza dal diritto, entro 6 mesi dalla data di effettiva conclusione della pratica di rimborso o di rilascio del Voucher Salute®/o di presa in carico della richiesta.^[SF3]

Resta inteso che la penale non può in ogni caso essere riconosciuta nel caso in cui il ritardo nel pagamento del rimborso o nella presa in carico della richiesta ^[SF4] nell'emissione del Voucher Salute® sia dovuto a cause non imputabili a Intesa Sanpaolo RBM Salute o di forza maggiore.

Il meccanismo di monitoraggio della qualità del servizio e l'eventuale applicazione delle penali può essere applicato solo alla fine del primo periodo transitorio di avvio dei nuovi servizi, cioè dopo il primo trimestre di operatività della copertura ("grace period") per poter tarare i processi di gestione dei Piani Sanitari.

**PREMIO ANNUO
COMPLESSIVO per
il Maestro di sci e
tutta la sua
famiglia a carico**

**Premio annuo per Maestro di sci (Titolare) e rispettivo nucleo familiare
€ 667,00**

(Maestro di sci, coniuge fiscalmente a carico – anche non convivente purché non separato legalmente – compresa la persona unita civilmente ai sensi della L.20 maggio 2016 nr.76 ss.mm. e figli conviventi e non, persone unite civilmente, per i quali si verificano le medesime condizioni reddituali previste per la sussistenza a carico – art. 13 del TUIR così come novellato dal Dlgs 446/97).

**PREMIO ANNUO
familiari aggiuntivi**

**Premio annuo per ogni altro familiare convivente a carico e non (compreso coniuge fiscalmente non a carico o persona convivente “moreuxorio”).
L’inserimento deve riguardare tutti i componenti del nucleo.**

1 persona: € 481,00

2 persone: € 855,00

3 persone: € 1.725,00

N.B.

I familiari aggiuntivi non facenti parte del nucleo familiare di base avranno un massimale di €30.000 separato con i sotto limiti indicati nella tabella riassuntiva della pagina precedente e la carenza per la malattia il primo anno sarà di 180 giorni. Questa carenza non sarà più prevista in caso di rinnovo della polizza l’anno successivo.

ATTENZIONE: NEL CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE CONVENZIONATE E' OBBLIGATORIO ATTIVARE IL REGIME DI ASSISTENZA SANITARIA DIRETTA, QUALORA L'ASSISTITO NON PROVVEDA AD EFFETTUARE LA PRE ATTIVAZIONE, LA PRESTAZIONE NON POTRA' ESSERE LIQUIDATA E NEPPURE PRESENTATA PER IL RIMBORSO CONSEGUENTEMENTE IL SINISTRO NON VERRA' RISARCITO.!!

SI INFORMANO I MAESTRI ADERENTI ALLA POLIZZA SANITARIA CHE E' ASSOLUTAMENTE NECESSARIO PRIMA DI EFFETTUARE QUALSIASI TIPO DI PRESTAZIONE MEDICA, VISITE SPECIALISTICHE, PRESTAZIONI DI ALTA DIAGNOSTICA, RICOVERI CON E SENZA INTERVENTO CHIRURGICO ECC..... DI VERIFICARE SE IL MEDICO E LA STRUTTURA SONO CONVENZIONATI (E INOLTRE SE RIENTRANO NELL'ELENCO DELL STRUTTURE/EQUIPE TOP) CON PREVIOUSAMENTE CHIAMANDO IL NUMERO VERDE:

DA TELEFONO FISSO 800955966 O DA CELLULARE 199282827.

INOLTRE, QUALORA IL MEDICO E/O LA STRUTTURA SIANO CONVENZIONATI E SIA STATA ATTIVATA LA PRE ATTIVAZIONE ATTRAVERSO I NUMERI VERDI, CIO' PERMETTERA' ALL'ASSISTITO UN RIMBORSO CON UNO SCOPERTO E UN MINIMO A PROPRIO CARICO PIU' CONVENIENTE.

MARCA DA BOLLO: LA RICEVUTA/FATTURA DELLO SPECIALISTA, COMPROVANTE L'AVVENUTO PAGAMENTO DEVE ESSERE CORREDATA DI MARCA DA BOLLO NEI CASI NORMATIVAMENTE PREVISTI E DEVE ESSERE FISCALMENTE IN REGOLA CON LE VIGENTI DISPOSIZIONI DI LEGGE.

IMPOSTE E ONERI VARI: IL PAGAMENTO DI EVENTUALI IMPOSTE (ES. RIVALSA INPS 4%), IVI COMPRESA QUELLA DI BOLLO, DOVUTE PER LE PRESTAZIONI OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA, RIMANE AD ESCLUSIVO CARICO DELL'ASSICURATO; NON SONO RIMBORSABILI ANCHE EVENTUALI ONERI AMMINISTRATIVI DI QUALSIVOGLIA NATURA (ES. SPESE PER IL RILASCIO DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA).

TICKET: NEL CASO IN CUI L'ASSISTITO SI AVVALGA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE I TICKET SONO RIMBORSATI AL 100%, ED È NECESSARIO PRESENTARE OLTRE ALLA FATTURA, ANCHE LA PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI BASE O DEL MEDICO SPECIALISTA CON RIPORTATA LA PATOLOGIA. INOLTRE, SE IL DOCUMENTO DI SPESA NON CONTIENE L'INDICAZIONE DELLA PRESTAZIONE EFFETTUATA, ALLEGARE IL FOGLIO DI PRENOTAZIONE.

SI RICORDA DI FARE LA FOTOCOPIA DELL'IMPEGNATIVA EMessa DAL MEDICO DI BASE PRIMA DI EFFETTUARE LA PRESTAZIONE IN QUANTO LE STRUTTURE SANITARIE TRATTENGONO L'ORIGINALE.

PER LE PRESTAZIONI A RIMBORSO E' NECESSARIA LA PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI BASE PER LE PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE, ANALISI DI LABORATORIO, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E VISITE SPECIALISTICHE

PRESTAZIONE EFFETTUATE A SEGUITO DI INFORTUNIO: DOVRANNO SEMPRE ESSERE ACCOMPAGNATE DAL REFERTO DEL PRONTO SOCCORSO

NON VENGONO RICONOSCIUTE DALLA POLIZZA LE SPESE PRIVE DELL'INDICAZIONE DELLA PATOLOGIA O SOSPETTA PATOLOGIA, O RELATIVE A PRESTAZIONI DI ROUTINE E/O CONTROLLO SALVO QUANTO INDICATO PER LA GARANZIA "DIAGNOSTICA PREVENTIVA".

SI PRECISA CHE I SINTOMI NON SONO CONSIDERATI PATOLOGIA, DI SEGUITO ALCUNI ESEMPLI:

ALGIE: DOLORE DI UN ORGANO O DI UNA REGIONE DEL CORPO - ASSISTENZA DIRETTA/INDIRETTA: LE PRESCRIZIONI VENGONO RITENUTE VALIDE SE LA DIAGNOSI DI "ALGIA" NE SPECIFICA LA CAUSA O IL SOSPETTO (AD ES. CERVICALGIA DA RECENTE COLPO DI FRUSTA, ADDOMINALGIE IN PAZIENTE CON DIVERTICOLOSI DEL COLON, LOMBALGIA DA PROBABILE ERNIA DISCALE, ECC.) **ASTENIA:** L'ASTENIA ("PRIVO DI FORZA", "DEBOLEZZA") È UN SINTOMO GENERICO E ASPECIFICO, CHE PUÒ ESSERE PRESENTE IN TANTISSIME SITUAZIONI PATOLOGICHE SIA DI NATURA FISICA CHE PSICHICA. NE CONSEGUE CHE UNA PRESCRIZIONE DI ANALISI DI LABORATORIO DEBBA ESSERE MOTIVATA CON INDICAZIONI DIAGNOSTICHE O SOSPETTE BEN PIÙ SPECIFICHE

LA PATOLOGIA NON PUÒ ESSERE INDICATA SULLA FATTURA. LA PATOLOGIA DEVE ESSERE INDICATA SULLA PRESCRIZIONE MEDICA OPPURE SUL REFERTO DELLA PRESTAZIONE.

ESITI DI PATOLOGIA PREGRESSA O INTERVENTO PREGRESSO NON VIENE CONSIDERATO "PATOLOGIA". OCCORRE CHE LA PRESCRIZIONE MEDICA INDICHI LA PATOLOGIA IN CORSO O LA PATOLOGIA SOSPETTA O INDICAZIONE DEL MOTIVO DI AGGRAVAMENTO DELLA PATOLOGIA GIÀ CURATA.

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI. VENGONO RIMBORSATI SOLO SE EFFETTUATI E FATTURATI DALL'ISTITUTO DI CURA, DA UNO STUDIO MEDICO O DA MEDICO SPECIALISTA. NON VENGONO RIMBORSATI SE FATTURATI DA FISIOTERAPISTA.

In allegato trovi il modulo di adesione

Per qualsiasi informazione aggiuntiva siamo a vostra disposizione, grazie per l'attenzione.

Andrea Murari

338.8117832

andrea.murari@24hassistance.com

