



Polizza Sanitaria Maestri di Sci Vda e Famiglia dal 01.05.2025 al 01.05.2026

2025, 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 01.05.2025 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

Massimale € 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.

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

Esistono dei sub massimali si prega di verificare nella tabella a pag. 4-5.

- ✓ 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

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

La polizza verrà rinnovata per il 2025 con l'incremento del premio del 20%, nessuna variazione di massimale e condizioni, rispetto a quelle dell'anno 2024-2025.

Si riportano di seguito massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie riferiti alle diverse garanzie. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

Opzione	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Massimale	€ 160.000,00
Altri familiari (massimale aggiuntivo e separato)	€ 30.000,00
Ricovero con/senza intervento	
Condizioni:	
- diretta	Franchigia fissa € 1.000,00 Scoperto 5% minimo € 1.000,00
<input type="checkbox"/> Strutture ordinarie	
<input type="checkbox"/> Strutture ed Equipe "TOP" (all. 5 - 6)	
- rimborso	Scoperto 25% minimo € 1.600,00 fino al massimo della quota prevista dagli Interventi Plafonati
<input type="checkbox"/> Strutture ordinarie	Scoperto 35% minimo € 1.600,00 fino al massimo della quota prevista dagli Interventi Plafonati
<input type="checkbox"/> Strutture ed Equipe "TOP" (all. 5 - 6)	
- misto:	Scoperto 25% minimo € 1.070,00 fino a Livelli di Indennizzo
<input type="checkbox"/> Strutture ordinarie diretta ed Equipe ordinaria a rimborso	Scoperto 35% minimo € 1.070,00 fino a Livelli di Indennizzo
<input type="checkbox"/> Strutture "TOP" (all. 5) diretta e/o Equipe "TOP" a rimborso	
Materiale intervento	scoperto 30%
Limite retta di degenza a rimborso	€ 220,00 al giorno
Pre/post	
- con intervento	100/100 giorni
- senza intervento	60/60 giorni
Sub massimali (*)	
Day Hospital con/senza intervento ed Intervento Ambulatoriale	€ 3.000,00
Parto Naturale	€ 1.200,00
Parto Cesareo ed Aborto terapeutico e Int. concomitanti	€ 2.700,00
Chirurgia refrattiva	€ 1.000,00 per occhio
Interventi urologici effettuati con chirurgia robotica	€ 5.000,00 per l'utilizzo del robot; € 10.000,00 per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico.
Accompagnatore	€ 50,00 al giorno per 20 giorni
Trasporto	€ 1.600,00
Indennità sostitutiva	
Ricovero con intervento	€ 95,00 al giorno per 200 giorni
Ricovero senza intervento	€ 95,00 al giorno per 200 giorni - franchigia 3 gg
Pre/post	60/60 giorni
Neonati	fino a 1 anno entro il limite massimo di € 30.000
B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
1. Alta Specializzazione	
Massimale	€ 2.140,00
Sub-massimale per ticket	€ 540,00
Condizioni:	da elenchi
- diretta	Scoperto 15% e minimo € 70,00
-rimborso	Scoperto 25% e minimo € 126,00
- ticket	Franchigia € 10,00
2. Prestazioni Ambulatoriali/domiciliari	
Massimale	€ 1.070,00
Sub-massimale per ticket	€ 540,00
Condizioni:	
- diretta	Scoperto 20% e minimo € 60,00
-rimborso	Scoperto 20% e minimo € 100,00
- ticket	Franchigia € 10,00

3. Cure oncologiche	
Massimale	€ 2.140,00 condiviso con "Alta specializzazione"
Sub-massimale per ticket	€ 540,00
Condizioni:	
- diretta	Scoperto 15% e minimo € 70,00
-rimborso	Scoperto 25% e minimo € 126,00
- ticket	Franchigia € 10,00
C. PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE	
Trattamenti fisioterapici	
Massimale	€ 2.140,00 condiviso con "Alta specializzazione"
Sub-massimale per ticket	€ 540,00
Condizioni:	
- diretta	Scoperto 15% e minimo € 70,00
-rimborso	Scoperto 25% e minimo € 126,00
- ticket	Franchigia € 10,00
D. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE	
Cure dentarie da infortunio	
Massimale	€ 2.140,00 condiviso con "Alta specializzazione"
Sub-massimale per ticket	€ 540,00
Condizioni:	
- diretta	Scoperto 15% e minimo € 70,00
-rimborso	Scoperto 25% e minimo € 126,00
- ticket	Franchigia € 10,00
E. ALTRE GARANZIE	
1. Visite di controllo	
Massimale	illimitato
Condizioni:	
- diretta	100% - 1 visita all'anno per il titolare (1 ulteriore visita all'anno per uno dei componenti del nucleo assicurato diverso dal titolare)
2. Fecondazione Eterologa	
Massimale	€ 250,00
Condizioni:	
- diretta	100%
- rimborso	100%
3. Test genetici prenatali non invasivi (e.g. Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale	
Massimale	condiviso con Alta Specializzazione
Condizioni	Vedi Alta Specializzazione
4. Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli di Assicurati)	
Massimale	€ 1.000,00
5. Controllo pediatrico	
Massimale	illimitato
Condizioni:	
- diretta	Franchigia € 36,15
6. Immunonutrizione	
Massimale	illimitato
Condizioni	100%
7. Cure termali minori	
Massimale	illimitato
Cure inalatorie	
Condizioni:	
- diretta	Scoperto 50%
- rimborso	Max € 35,00
Cure otorinolaringoiatriche	
Condizioni:	
- diretta	Scoperto 50%
- rimborso	Max € 45,00
ComfortSalute®	Previsto

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

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI PLAFONATI PER INTERVENTI CHIRURGICI
IN REGIME RIMBORSUALE

	<i>LISTA INTERVENTI</i>	<i>IMPORTO COMPLESSIVO RICOVERO (*)</i>
1	Interventi di artrodesi o stabilizzazione vertebrale	13.000
2	Artroprotesi di anca o ginocchio	18.000
3	Interventi per ernia del disco intervertebrale (qualsiasi metodica)	10.200
4	intervento per emorroidectomia e/o per asportazioni di ragadi e/o di fistole (qualsiasi metodica)	4.675
5	Riparazione della cuffia dei rotatori, compresa eventuale acromionplastica	6.375
6	Legatura e stripping di vene	2.975
7	Isterectomia per fibroma, miomectomia, compresa eventuale annessiectomia (qualsiasi metodica)	6.275
8	Ricostruzione dei legamenti del ginocchio	7.225
9	Settoplastica funzionale per ostruzione respiratoria compresa turbinectomia	2.975
10	Tiroidectomia	8.500
11	Riparazione di ernia inguinale (qualsiasi metodica)	2.000
12	Asportazione di neoformazioni cutanee benigne (cisti in genere, lipomi e nevi)	250
13	Parto cesareo (incluso qualsiasi intervento concomitante)	6.000

*escluse spese pre e post

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 e rispettivo nucleo familiare

€ 800

(Maestro di sci, coniuge fiscalmente a carico anche non convivente purché non separato legalmente e figli conviventi e non, persone unite civilmente, 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,).

**PREMIO ANNUO
familiari aggiuntivi**

Premio annuo 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.

1 persona Euro 577

2 persone Euro 1.025

3 persone Euro 2.069

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 DELLE STRUTTURE/EQUIPE TOP) CON PREVIOUS 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 COMPRESSE 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 "VISITE DI CONTROLLO".

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 CONSEGUENZA 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

