

## ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

### PRESTAZIONI RICHIESTE DAL BANDO CONSIP

#### **DESTINATARI**

Dal capitolato proposto emerge che risulteranno assicurate, per la copertura di spese sanitarie sostenute in conseguenza a malattia (ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio) e infortunio (ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili), 1.250.000 persone, con possibilità di estensione fino a 1.400.000 persone, e che il limite massimo di età per gli assicurati è fissato a 71 anni.

Entro il 15 di ogni mese il Ministero comunicherà le variazioni degli assicurati (nuove assunzioni, pensionamenti, cessazioni) per i quali la copertura avrà validità dal 1° giorno del mese successivo.

Sono considerati assistiti:

- ✓ Dirigenti scolastici
- ✓ Personale amministrativo, tecnico e ausiliario
- ✓ Docenti (di ruolo e supplenti)
- ✓ Insegnanti di religione
- ✓ Personale educativo
- ✓ Dirigenti del Ministero dell’Istruzione e del Merito
- ✓ Dipendenti del Ministero dell’Istruzione e del Merito
- ✓ Utilizzati (distaccati e comandati)

#### **STRUTTURE E COPERTURA TERRITORIO NAZIONALE**

La Società cui sarà assegnata la gestione della copertura sanitaria per il personale della scuola deve garantire la presenza di strutture convenzionate su tutto il territorio italiano, attraverso almeno 300 strutture per ricoveri, 600 per altre prestazioni e 29 IRCCS (Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico) distribuiti in almeno 90 province.

Dovrà, inoltre, mettere a disposizione degli assistiti: un supporto attraverso un call center dedicato; le informazioni sulle condizioni di assicurazione, sulle pratiche di rimborso, sulla assistenza diretta e indiretta; un’area (sito o piattaforma) riservata.

Saranno considerate strutture convenzionate i poliambulatori, le case di cura e gli ospedali pubblici e privati con cui è attivo un rapporto di convenzione diretta da parte della società che si aggiudicherà l’assegnazione (l’elenco aggiornato in tempo reale sarà messo a disposizione degli assistiti in modalità on line). Inoltre, all’interno delle strutture sanitarie potranno essere stipulati rapporti di convenzione diretta con medici per attività ambulatoriale e in regime di ricovero.

#### **MODALITA’ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

Le prestazioni potranno essere erogate

- ✓ Assistenza diretta. Sono le prestazioni sanitarie presso strutture convenzionate **senza anticipo di spesa**; l’assistito dovrà ottenere la preventiva autorizzazione da parte della società

facendone richiesta tramite un'area riservata o tramite numero verde, con un preavviso di almeno 5 giorni lavorativi dalla data fissata per la prestazione, salvo casi di documentata urgenza per le quali la richiesta di autorizzazione deve avvenire entro 48 ore dal ricovero e prima delle dimissioni.

- ✓ **Assistenza indiretta.** Si tratta del **rimborso per prestazioni** in strutture non convenzionate, previsto nel caso in cui nella provincia di residenza non sia presente una struttura convenzionata; l'assistito dovrà presentare la richiesta di rimborso attraverso la modulistica predisposta oppure tramite area riservata; inoltre, la richiesta dovrà essere corredata della documentazione medica prescritta e delle ricevute di cui si chiede rimborso.

## **PRESTAZIONI COPERTE**

- ✓ **Ricoveri** (assistenza diretta in strutture convenzionate) o rimborsi per ricovero (in caso di assistenza indiretta in strutture non convenzionate se non ci sono strutture convenzionate nella propria provincia) **per grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi e per le prestazioni sanitarie connesse per i 90 giorni precedenti e successivi** (franchigia del 10% a carico dell'assistito fino ad un massimo di € 4.000)
- ✓ **Indennità sostitutiva per ricoveri con intervento chirurgico** a carico del SSN (franchigia per i prime 7 giorni, € 50 al giorno per massimo 40 giorni)
- ✓ **Parto non a carico del SSN** ma in strutture convenzionate o in strutture non convenzionate se non ci sono strutture convenzionate nella propria provincia: copertura fino a €1.500 per parto naturale e €3.000 per cesareo
- ✓ **Prevenzione odontoiatrica in strutture convenzionate** o in strutture non convenzionate se non ci sono strutture convenzionate nella propria provincia: **visita specialistica e igiene orale annuale** con franchigia del 20%, limite € 100
- ✓ **Implantologia in strutture convenzionate** o in strutture non convenzionate se non ci sono strutture convenzionate nella propria provincia: copertura per massimo 4 impianti all'anno (€600 per impianto, massimo €2.400 all'anno)
- ✓ **Assistenza per non autosufficienza permanente:** rimborso fino a € 500 al mese per massimo 4 anni a fronte di spese sanitarie e socioassistenziali sostenute e documentate
- ✓ **Prevenzione secondaria in strutture convenzionate** o in strutture non convenzionate se non ci sono strutture convenzionate nella propria provincia: pacchetti per prevenzione cardiovascolare, oncologica, (nel bando si prevede la possibilità di ricevere offerta migliorativa non contemplata nel pacchetto “base” per prevenzione dermatologica, oculistica, endocrinologica, pneumologica e angiologica)
- ✓ **Prestazioni extra-ricovero:** rimborso ticket SSN (con franchigia del 30%, massimale annuo € 100)
- ✓ **Prestazioni di alta diagnostica**, su prescrizione medica con espresso quesito diagnostico, in strutture convenzionate o in strutture non convenzionate se non ci sono strutture convenzionate nella propria provincia: rimborso con franchigia del 20%, massimo € 500 all'anno).

- ✓ **Visite specialistiche in strutture convenzionate** o in strutture non convenzionate se non ci sono strutture convenzionate nella propria provincia: rimborso con franchigia del 20%, massimo € 300 ogni anno

## **MALATTIE PREGRESSE**

L'assistenza è operante, indipendentemente dalle condizioni fisiche dell'assistito, per tutte le malattie croniche e recidivanti e tutte le malattie pregresse alla data di attivazione della polizza, diagnosticate o meno. L'assistenza, inoltre, sarà attiva anche per le malattie e gli infortuni che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza.

## **ESCLUSIONI**

L'assicurazione non è operante per le cure e gli interventi volti all'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti al momento dell'adesione alla copertura assicurativa; malattie mentali e disturbi psichici in genere, infortuni derivanti da atti dolosi dell'assistito; gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope; gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'assistito attività professionale; le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche (non rientrano in detta categoria e **saranno**, pertanto, **coperti da assicurazione**, gli interventi di chirurgia plastico-ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività della copertura); gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale; i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza; le protesi dentarie e le cure odontoiatriche e delle paraodontopatie ad eccezione di quelle indennizzabili nei termini previsti dalla polizza, le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo; le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'assistito abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali; le conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

## **ALTRÉ ASSICURAZIONI**

L'assistito non è tenuto a dichiarare di aver stipulato altre polizze sanitarie.