

NUOVO PIANO ASSISTENZA SANITARIA

PACCHETTO SILVER



OPZIONE SILVER

GARANZIA	Massimali/Sub-massimali (Anno/Nucleo) – scoperti e franchigie
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici Massimale - Assistenza diretta - Assistenza indiretta	€ 4.000,00 anno/persona Nessuno scoperto e/o franchigia franchigia € 20,00
Fecondazione eterologa Massimale Condizioni:	Assistenza diretta € 350 anno / persona Assistenza indiretta € 250 anno / persona Nessuno scoperto e/o franchigia
Controllo Pediatrico Massimale <ul style="list-style-type: none"> • 1 visita di controllo tra i 6 mesi e 1 anno • 1 visita di controllo a 4 anno • 1 visita di controllo a 6 anni Condizioni: - Assistenza diretta - Assistenza indiretta	illimitato franchigia € 36,15 Non prevista
Cure termali minori Massimale <ul style="list-style-type: none"> • Cure Inalatorie (una volta all'anno) • Cure Otorinolaringoiatriche: Condizioni: - Assistenza diretta - Assistenza indiretta	illimitato Scoperto 50% Cure inalatore: massimo rimborsabile € 35,00 per ciclo Cure Otorinolaringoiatriche: massimo rimborsabile € 45,00 per ciclo
Visite di controllo Massimale <ul style="list-style-type: none"> • 1 volta al mese per un solo componente del nucleo • 1 volta all'anno per specializzazione medica Condizioni: Assistenza diretta presso Centri Autorizzati	illimitato Nessuno scoperto / franchigia
Vaccinazione antinfluenzale Massimale Condizioni: Assistenza diretta presso Centri Autorizzati	illimitato Nessuno scoperto / franchigia
Immunonutrizione Massimale Condizioni:	3 somministrazioni al giorno per 5-7 giorni prima dell'intervento chirurgico in base ai protocolli medici illimitato Nessuno scoperto / franchigia

<p>Monitoraggio domiciliare Remoto del Paziente (RPM service)</p> <p>Programma 1</p> <p>La presente garanzia prevede un programma di monitoraggio dei pazienti che si apprestano ad affrontare un percorso operatorio e/o che abbiano subito un ricovero, attraverso la fornitura di dispositivi medici per l'acquisizione da remoto dei parametri vitali dell'Assistito, che l'assistito potrà richiedere contattando la Centrale Operativa. La durata del programma è di 120 giorni</p>	<p><u>Parametri vitali monitorati:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • pressione Arteriosa / Cuore • ossigeno (O2) e saturazione del sangue • peso corporeo
<p>Programma 2</p> <p>La garanzia opera anche durante l'assistenza domiciliare in relazione a patologie croniche. In tal caso il programma ha la medesima durata della non autosufficienza o lungodegenza stessa</p>	<p><u>Parametri vitali monitorati:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • pressione Arteriosa / Cuore • ossigeno (O2) e saturazione del sangue • peso corporeo • cardiogramma elettronico (ECG) (Portable due ECG tramite dispositivo basato touch) • temperatura corporea (ingresso manualmente) • controllo glicemico (glicemia nei pazienti DM)
<p>Prestazioni per invalidità permanente (da malattia o infortunio)</p> <p style="padding-left: 40px;">Invalidità con grado compreso tra 80% e 90%</p> <p style="padding-left: 40px;">Invalidità con grado compreso tra 91% e 100%</p>	<p style="text-align: center;">€ 8.000,00 solo in regime rimborsuale</p> <p style="text-align: center;">€ 10.000,00 solo in regime rimborsuale</p>
<p>Stati Di Non Autosufficienza Consolidata/Permanente</p> <p>Massimale</p>	<p>Solo in strutture sanitarie convenzionate del Network RBM.Salute</p> <p style="text-align: center;">€ 200,00 al mese – massimo 3 anni</p>
<p>Cellule staminali per patologie oncologiche</p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni:</p>	<p style="text-align: center;">Assistenza diretta € 350 anno / persona Assistenza indiretta € 250 anno / persona Nessuno scoperto e/o franchigia</p>
<p>Consulenza medica (ulteriore rispetto a quella di primo soccorso)</p> <p>Servizio di guardia medica permanente</p> <p>Second Opinion internazionale</p> <p>Servizio Prenotazione taxi</p> <p>Gestione dell'appuntamento</p>	
<p>Indennità di maternità o paternità</p>	<p style="text-align: center;">€ 20,00 – massimo 90 giorni</p>
<p>Servizio di Tutoring</p>	

2 Pacchetto Aggiuntivo Silver

2.1 Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici

Liquidazione delle spese per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o ad infortunio.

Si considerano escluse le visite pediatriche, le visite specialistiche odontoiatriche ed ortodontiche.

In caso di Assistenza Diretta le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dall'Aggiudicatario alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assistito.

L'Assistito dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di Assistenza Indiretta le spese sostenute vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di € 20,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico. Per ottenere il rimborso da parte dell'Aggiudicatario è necessario che l'Assistito allegghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata

Su tale copertura opera un limite di spesa annuo di € 4.000,00 per persona.

2.2. Fecondazione eterologa

La presente garanzia prevede la copertura assicurativa presso Strutture Sanitarie presenti in qualsiasi Paese dell'UE (27), delle spese necessarie al trattamento di Fecondazione Eterologa, senza applicazione di franchigie o scoperti. Tuttavia, qualora il trattamento sia effettuato all'Estero, sono escluse dalla presente garanzia tutte le spese di trasferta/trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore.

In caso di Assistenza Diretta il massimale previsto è di € 350,00 anno / persona.

In caso di Assistenza indiretta il massimale previsto è di € 250,00 anno / persona.

2.3. Controllo Pediatrico

La presente garanzia provvede, su tutto il territorio nazionale, al pagamento per ciascun nucleo familiare assicurato di una visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni, da effettuarsi in Assistenza Diretta, alle seguenti condizioni:

- a) 1 visita tra i 6 mesi ed i 12 mesi;
- b) 1 visita ai 4 anni;
- c) 1 visita ai 6 anni.

Il massimale è illimitato; per ciascuna prestazione è prevista una franchigia a carico dell'Assistito di importo pari ad € 36,15.

2.4. Cure termali minori

La presente garanzia prevede il rimborso delle seguenti cure termali erogate agli assicurati minori di età:

Cure Inalatorie (una volta all'anno)

- Inalazione
- Aerosol orale o nasale
- Aerosol ionico o sonico
- Irrigazione nasale
- Doccia nasale micronizzata
- Nebulizzazione

Cure Otorinolaringoiatriche:

- Insufflazioni endotimpaniche
- Politzer crenoterapico

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è illimitato.

In caso di Assistenza Diretta le spese per le prestazioni erogate all'assicurato vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture convenzionate con l'applicazione di uno scoperto del 50% del costo del ciclo.

In caso di Assistenza indiretta le prestazioni per cure inalatorie verranno rimborsate dalla Società all'Assistito fino ad un massimo di € 35,00 per ciclo.

Le prestazioni per cure otorinolaringoiatriche verranno rimborsate dalla Società all'Assistito fino ad un massimo di € 45,00 per ciclo.

2.5. Visite di controllo

RBM Salute garantirà agli assistiti la possibilità di poter effettuare, 1 volta al mese ed in qualsiasi giorno della settimana (in base alla disponibilità della struttura, una visita specialistica in qualsiasi delle specializzazioni rese disponibili dai Centri Autorizzati aderenti all'iniziativa.

La prestazione è gratuita, senza quota di compartecipazione (scoperto/franchigia).

La prestazione è garantita anche in caso di consulto/mero controllo, non sarà richiesta pertanto in fase di autorizzazione alcuna prescrizione.

La garanzia potrà essere usufruita, per ciascun mese, da un solo componente del nucleo familiare assicurato. Nel periodo di copertura non potrà essere effettuata più volte la stessa tipologia di visita per nucleo assicurato.

2.6. Vaccinazione Antinfluenzale

La presente garanzia prevede l'erogazione su base annuale della vaccinazione contro i rischi dell'influenza stagionale da effettuarsi in assistenza diretta presso i Centri Autorizzati del Network Convenzionato, senza quota di compartecipazione (scoperto/franchigia).

2.7. Immunonutrizione

Nell'ambito della garanzia ricovero si intendono ricompresi anche i prodotti di immunonutrizione specifici nella misura di 3 somministrazioni al giorno per 5-7 giorni prima dell'intervento chirurgico secondo lo stato nutrizionale del paziente, come da protocollo validato dagli studi clinici e raccomandato dall'OMS.

Nei pazienti in buono stato nutrizionale il protocollo prevede l'assunzione dell'immunonutrizione pre-operatoria di 3 somministrazioni al giorno per 5 giorni pre-operatori mentre nel paziente malnutrito la stessa posologia giornaliera, va estesa a 7 giorni prima dell'intervento chirurgico.

RBM Assicurazione Salute garantisce il servizio di reperimento a carico della Compagnia o presso le Strutture Sanitarie o presso la farmacia più vicina all'abitazione del paziente.

La presente garanzia è erogata dalla Società senza quota di compartecipazione (scoperto/franchigia).

2.8. Monitoraggio Remoto del paziente (RPM Services)

La presente garanzia prevede un programma di monitoraggio dei pazienti che si apprestano ad affrontare un percorso operatorio e/o che abbiano subito un ricovero, attraverso la fornitura di dispositivi medici per l'acquisizione da remoto dei parametri vitali dell'Assistito, che l'assistito potrà richiedere contattando la Centrale Operativa. La durata del programma è di 120 giorni (Programma 1).

Parametri vitali monitorati nell'ambito del Programma 1 sono i seguenti:

- pressione Arteriosa / Cuore

- ossigeno (O₂) e saturazione del sangue
- peso corporeo

La garanzia opera anche durante l'assistenza domiciliare in relazione a patologie croniche. In tal caso il programma ha la medesima durata della non autosufficienza o lungodegenza stessa (Programma 2).

Parametri vitali monitorati nell'ambito del Programma 2 sono i seguenti:

- pressione Arteriosa / Cuore
- ossigeno (O₂) e saturazione del sangue
- peso corporeo
- cardiogramma elettronico (ECG) (Portable due ECG tramite dispositivo basato touch)
- temperatura corporea (ingresso manualmente)
- controllo glicemico (glicemia nei pazienti DM)

Entrambi i programmi prevedono:

- consegna ed installazione presso il domicilio dell'Assistito di una serie di dispositivi tecnologici ai fini del completo monitoraggio dei parametri vitali;
- training al domicilio da parte di personale medico/infermieristico sull'utilizzo e la manutenzione dell'infrastruttura tecnologica;
- licenza software per l'utilizzo della piattaforma di RPM;
- servizio di trasferimento dati tramite gateway verso server dedicato presente sul territorio italiano;
- sistema di archiviazione sicura su server dei dati derivanti dal monitoraggio e servizio di disaster recovery;
- servizio di assistenza tecnica e tecnologica dedicato all'assistito tramite call center; rilascio delle certificazioni relative alle attrezzature, alla trasmissione ed all'archiviazione dei dati di monitoraggio;
- ritiro e spedizione dalla residenza del paziente al centro più vicino dei dispositivi
- rilasciati ai fini della manutenzione e ricondizionamento degli stessi.

2.9. Prestazioni per invalidità permanente (da malattia o infortunio)

La Compagnia garantisce il sostegno a soggetti che versano in condizioni di invalidità permanente. Sono destinatari della garanzia i lavoratori assicurati che hanno maturato i requisiti soggettivi di seguito indicati, in conseguenza di un evento (patologia o infortunio) insorto durante il periodo della copertura sanitaria:

A) Invalidità derivante da infortunio sul lavoro o malattie professionali certificata dall'INAIL, di grado uguale o superiore all' 80%;

B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%.

A fronte della sussistenza dei presupposti soggettivi di cui sopra, la Compagnia mette a disposizione degli Assistiti, una tantum, un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado compreso tra 80% e 90%

1. Prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè finalizzate al monitoraggio della patologia medesima o all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati

2. Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè finalizzate all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati

3. Protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati e/o noleggiati (ad es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento,

etc)

4. Presidi finalizzati al supporto per deficit motori (es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, etc.)

5. Assistenza psicologica/psichiatrica

6. Personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)

7. Dispositivi e accessori e/o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo.

Il sub-massimale previsto è di € 8.000,00 solo in regime rimborsuale.

b. Invalidità con grado compreso tra 91% e 100%

1. Le prestazioni di cui al precedente paragrafo a., da 1 a 7;

2. Opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche al fine di rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione

3. Rimborso di comandi speciali ed adattamenti o modifiche di auto di assistiti e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico

4. Rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso dovranno, comunque, essere effettuate al massimo entro i due anni successivi alla certificazione dell'invalidità.

Il sub-massimale previsto è di € 10.000,00 solo in regime rimborsuale.

Per entrambe le prestazioni di cui ai precedenti punti a) e b) può essere attivato il programma 2 della garanzia di cui all'art' 9.2.8 - Monitoraggio Remoto del paziente (RPM Services).

2.10. Stati Di Non Autosufficienza Consolidata/Permanente

La presente copertura garantisce attraverso le strutture sanitarie convenzionate del Network RBM Salute l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali e, in caso di permanenza in RSA, il rimborso delle spese sostenute per un valore corrispondente al limite di spesa mensile garantito, sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza dell'Assicurato.

Gli assicurati devono rientrare nelle seguenti condizioni di assicurabilità:

1. Non avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere quotidianamente uno o più delle attività di vita di seguito indicate: Lavarsi; Vestirsi e svestirsi; Andare al bagno e usarlo; Spostarsi; Continenza; Nutrirsi.

2. Non essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.

3. Non essere affetto dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.

4. Non essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi in stato di non autosufficienza come di seguito definito, il limite di spesa mensile garantito per il complesso delle coperture sotto indicate, corrisponde a € 200,00 da corrispondersi per una durata massima di 3 anni.

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato clinico venga giudicato consolidato e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo parte degli atti elementari di vita quotidiana: lavarsi; vestirsi e svestirsi; andare al bagno e usarlo; spostarsi; continenza; nutrirsi.

Per ogni attività viene constatato il grado di autonomia dell'Assicurato nel suo compimento

ed assegnato un punteggio secondo lo schema di seguito riportato.
L'insorgenza dello stato di non autosufficienza permanente viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 punti.

ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA

ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA	
Lavarsi	Punteggio
1° grado - L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente Autonomo	0
2° grado - L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno	5
3° grado - L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno	10
Vestirsi e svestirsi	
1° grado - L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo	0
2° grado - L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi la parte superiore o la parte inferiore del corpo e/o per applicare/togliere una protesi	5
3° grado - L'Assicurato necessita, sia per la parte superiore del corpo, sia per la parte inferiore del corpo, di assistenza per vestirsi e/o svestirsi e/o applicare/togliere una protesi	10
Andare al bagno e usarlo	
1° grado - L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3): (1) andare in bagno (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno	0
2° grado - L'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	5
3° grado - L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	10
Spostarsi	
1° grado - L'Assicurato è in grado di muoversi autonomamente all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi	0
2° grado - L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'utilizzo di ausili, come per esempio sedia a rotelle o deambulatore	5
3° grado - L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'assistenza di terzi	10

Lavarsi Punteggio

1° grado - L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente Autonomo

0

2° grado - L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno

5

3° grado - L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno

10

Vestirsi e svestirsi

1° grado - L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo

0

2° grado - L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi la parte superiore o la parte inferiore del corpo e/o per applicare/togliere una protesi

5

3° grado - L'Assicurato necessita, sia per la parte superiore del corpo, sia per la parte inferiore del corpo, di assistenza per vestirsi e/o svestirsi e/o applicare/togliere una protesi

10

Andare al bagno e usarlo

1° grado - L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3): (1) andare in bagno (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno

0

2° grado - L'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)

5

3° grado - L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1), (2) e (3)

10

Spostarsi

1° grado - L'Assicurato è in grado di muoversi autonomamente all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi

0

2° grado - L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'utilizzo di ausili, come per esempio sedia a rotelle o deambulatore

5

3° grado - L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'assistenza di terzi

10

Continenza

1° grado - L'Assicurato è completamente continente 0

2° grado - L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno

5

3° grado - L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia

10

Nutrirsi

1° grado - L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti

0

2° grado - L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: sminuzzare/tagliare cibo, sbucciare la frutta, aprire un contenitore/una scatola, versare bevande nel bicchiere

5

3° grado - L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale

10

Piano assistenziale individualizzato (PAI) e prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite da strutture convenzionate/rimborso spese in caso di permanenza in RSA
L'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato o l'Assicurato stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come sopra definito dovrà contattare entro 2 settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza la Compagnia e fornire le informazioni richieste per poter fruire, nell'ambito del limite di spesa mensile garantito previsto e previa valutazione della Compagnia, delle prestazioni e consulenze, di natura sanitaria e non, come di seguito definite.

La Compagnia, intervistando telefonicamente l'Assicurato, l'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, valuterà la richiesta pervenuta ed effettuerà una prima valutazione del caso. In questa fase, qualora la Compagnia valuti che vi siano i presupposti, potranno essere fornite dal Case Manager informazioni sui servizi sociosanitari erogati dalle strutture socio assistenziali e indicazioni sugli uffici deputati ad offrire assistenza a fronte di condizioni di non autosufficienza. Il Case manager provvede inoltre ad inviare all'Assicurato una guida orientativa per le agevolazioni socio/gestionali. A seguito del contatto telefonico l'Assicurato, l'amministratore di sostegno o il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, dovrà produrre idonea documentazione. Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della documentazione sanitaria pervenuta, la Compagnia si riserva la facoltà di organizzare una visita domiciliare allo scopo di confermare o meno lo stato di non autosufficienza, alla presenza anche del proprio Medico e del Case Manager.

1) Nel caso in cui la Compagnia riconosca lo stato di non autosufficienza consolidato, all'Assicurato verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; Il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Assicurato o dai familiari.

Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle sotto elencate la Compagnia, entro il limite di spesa mensile garantito, provvederà a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell'Assicurato che nelle strutture stesse. All'Assicurato verrà fornita una lettera con l'indicazione delle prestazioni che sono state concordate. In tale documento sarà indicato in modo analitico l'elenco delle prestazioni che resteranno a carico della Compagnia, quelle che verranno erogate con tariffe agevolate il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato e quelle eventualmente rifiutate dall'Assicurato. Questo documento dovrà essere firmato dall'Assicurato, dall'amministratore di sostegno o tutore legale o dal familiare preposto alla cura dell'Assicurato, per accettazione del PAI. Di seguito le prestazioni erogabili a seguito del processo sopra descritto: Assistenza fornita da infermiere – Operatore Socio Sanitario – Assistente familiare; Badante; Trattamenti fisioterapici e rieducativi; Visite specialistiche; Accertamenti diagnostici; Trasporto in Ambulanza; Prestazioni erogate in regime di ricovero.

La Compagnia procederà con la prenotazione e autorizzazione delle suddette prestazioni, esclusivamente in strutture convenzionate col network, non prevedendo il rimborso di

alcuna spesa sostenuta, ad eccezione di quanto previsto al successivo punto 4). La Compagnia monitorerà costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Assicurato stesso e/o dalle strutture convenzionate utilizzate per l'erogazione delle sopra elencate prestazioni. Qualora a seguito dell'esaurimento del limite di spesa mensile garantito, una prestazione rimanga a parziale o a totale carico dell'Assicurato, è possibile usufruire tramite condivisione con il Case Manager e la Centrale Operativa, della prenotazione delle prestazioni sanitarie/assistenziali e l'invio alle strutture, prescelte tra quelle convenzionate col network, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Assicurati con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

2) Nel caso in cui la Compagnia riconosca uno stato di non autosufficienza non ancora consolidato e suscettibile di miglioramento, il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali, se attivati, forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Assicurato o dai familiari. Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), la Compagnia provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Assicurato, e invierà alla struttura prescelta tra quelle convenzionate dalla Compagnia, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Assicurati con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto. La Compagnia provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Assicurato stesso e/o dalle convenzionate col network utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste al precedente punto 1). La Compagnia si riserva la facoltà di sottoporre l'Assicurato ad ulteriori visite mediche allo scopo di monitorare le condizioni cliniche dello stesso. Nel caso in cui, successivamente, il consolidamento dello stato di salute dell'Assicurato comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, la Compagnia rimborserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate per tramite della Compagnia, nei limiti dell'importo mensile garantito. Qualora invece le condizioni dell'Assicurato non rientrassero più nei parametri della non autosufficienza, tali prestazioni rimarranno a carico dell'Assicurato stesso.

3) Nel caso in cui la Compagnia non riconosca lo stato di non autosufficienza, la stessa provvederà a darne comunicazione scritta all'Assicurato. Laddove il punteggio assegnato dalla Compagnia al termine dell'istruttoria risultasse essere di almeno 30 punti, all'Assicurato verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; inoltre il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Assicurato o dai familiari. Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), la Compagnia provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Assicurato, e invierà alla struttura prescelta tra quelle convenzionate col network, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Assicurati con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

4) Qualora l'Assicurato sia "assistito" presso una RSA e pertanto non possa usufruire delle prestazioni previste al precedente punto 1), la Compagnia provvederà a rimborsargli, nei limiti del limite di spesa mensile garantito, esclusivamente la retta mensile.

Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente da parte della Compagnia

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza secondo le condizioni definite dà diritto

all'Assicurato che si trovi in stato di non autosufficienza, oltre all'attivazione di un numero verde specifico attivo 24 ore su 24, anche a richiedere il rimborso spese sostenute in caso di permanenza in RSA o l'erogazione delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali per un valore corrispondente alla somma garantita - entro i limiti previsti nelle forme di seguito indicate e di seguito dettagliate: a) erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali, per mezzo di strutture e/o personale convenzionato; b) rimborso della retta mensile in caso di permanenza in RSA. In caso di erogazione delle prestazioni di cui al punto 1), avvalendosi quindi di strutture e/o di personale convenzionati col network, lo stesso provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate. Si precisa che qualora l'Assicurato opti per il pagamento diretto della badante da parte della Compagnia, il contratto di assunzione della stessa dovrà comunque essere sottoscritto personalmente dall'Assicurato oppure, ove ciò non sia possibile, dal suo amministratore di sostegno o tutore legale o familiare preposto alla cura dell'Assicurato. La struttura e/o il personale convenzionati non potranno comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nella presente copertura, eccedenti la somma mensile garantita o non autorizzate dalla Compagnia.

2.11 Cellule staminali per patologie oncologiche

La presente garanzia prevede la copertura assicurativa presso Strutture Sanitarie presenti in qualsiasi Paese dell'UE (27), delle spese sostenute per l'utilizzo a scopo terapeutico di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche, senza applicazione di franchigie o scoperti.

Tuttavia, qualora il trattamento sia effettuato all'Estero, sono escluse dalla presente garanzia tutte le spese di trasferta/trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore.

In caso di Assistenza Diretta il massimale previsto è di € 350,00 anno / persona.

In caso di Assistenza Indiretta il massimale previsto è di € 250,00 anno / persona.

2.12. Consulenza medica (ulteriore rispetto a quella di primo soccorso)

Sono disponibili in favore dell'assistito tutti i giorni (365 giorni all'anno e h 24) i seguenti servizi di consulenza medica:

Informazione ed orientamento medico telefonico:

Quando l'Assistito necessita di consigli medico-sanitari generici e/o di informazioni sul reperimento di medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale ed internazionale, la Centrale Operativa mette a sua disposizione un esperto per un consulto telefonico immediato. Il servizio fornisce, inoltre, informazione sanitaria in merito a farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione propedeutica ad esami diagnostici, profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero. Qualora l'Assistito, successivamente al predetto consulto, necessitasse di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assistito.

Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione:

Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assistito necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Centrale Operativa è in grado di mettere a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. L'équipe medica di cui la Centrale Operativa si avvale provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'Assistito medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assistito e il centro in questione avviando ad 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 per la cura dello stesso, i medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assistito.

Consulenza telefonica medico specialistica:

Quando l'Assistito necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con cui può conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità. Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

2.13 Servizio di guardia medica permanente

Quando l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessita di un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa (h 24 ore, 365 giorni all'anno). La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli Assistiti che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli Assistiti di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo.

2.14 Second Opinion internazionale

Con riferimento alle seguenti patologie, l'assistito, dopo aver fornito alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico, complementare rispetto alla precedente valutazione medica, dalle strutture specialistiche e centri di eccellenza internazionali, nonché da parte di alcuni primari Centri di eccellenza internazionali:

Malattie Cardiovascolari, Malattie Cerebrovascolari (Ictus), Cecità, Sordità, Tumori Maligni, Insufficienza Renale, Trapianto di Organo, Sclerosi Multipla, Paralisi, Malattia di Alzheimer, Malattia di Parkinson, Gravi Ustioni, Coma.

L'assicurato contatterà la Centrale Operativa e fornirà la documentazione medica inerente la patologia in ordine alla quale richiede l'attivazione del servizio di Second Opinion Internazionale.

La Centrale Operativa richiederà una seconda consulenza a specialisti che operano presso Centro Specialistici di eccellenza internazionale, che forniranno un protocollo diagnostico-terapeutico sulla base dei dati clinici dell'Assistito.

2.15 Servizio Prenotazione taxi

RBM Salute metterà a disposizione degli assistiti anche il servizio di prenotazione del taxi. Qualora l'assistito necessita di un servizio taxi per recarsi presso una struttura convenzionata ovvero per rientrare dalla stessa presso la propria abitazione, può mettersi in contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. L'assistito dovrà comunicare, oltre che i propri dati anagrafici, la posizione di partenza e la destinazione; l'assistito potrà prenotare il servizio di taxi anche per giornate successive rispetto a quella della richiesta telefonica. La Centrale Operativa confermerà all'assistito, tramite sms/telefonata/e-mail la prenotazione eseguita.

2.16 Gestione dell'appuntamento

Qualora l'Assistito necessita di una prestazione medico specialistica, di un esame diagnostico o di un ricovero, potrà usufruire della rete sanitaria convenzionata, richiedendo

Pag. 27 di 87
un appuntamento alla Centrale Operativa e/o tramite app mobile e/o tramite portale web. Dopo aver selezionato il centro convenzionato o lo specialista in base alle specifiche esigenze sanitarie e alla disponibilità dell'Assistito, la Centrale Operativa provvederà nel più

breve tempo possibile a fissare un appuntamento in nome dell'Assistito, in virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Centrale Operativa.

L'Assistito usufruirà sempre di un canale d'accesso privilegiato e di tariffe favorevoli rispetto ai listini in vigore.

2.17 Indennità di maternità o paternità

La Compagnia garantisce, sia alle lavoratrici madri sia ai lavoratori padri che decidono di avvalersi dell'astensione facoltativa dal lavoro per maternità/paternità, decorso il periodo di astensione obbligatoria dal lavoro, un'indennità giornaliera di € 20,00 per la durata massima di 90 giorni complessivi per annualità assicurativa/persona.

Il diritto alla presente indennità si intende esteso anche al caso di adozione di minori.

La presente copertura si intende operante qualora l'astensione facoltativa per maternità/paternità sia iniziata durante l'operatività della copertura assicurativa di cui alla presente procedura di gara, purché il lavoratore/la lavoratrice risulti regolarmente assicurato/a sia all'inizio dell'astensione facoltativa sia al termine, senza alcuna interruzione nella copertura sanitaria.

La liquidazione della presente indennità verrà effettuata ogni mese o, su richiesta dell'assicurato/a, in un'unica soluzione al rientro dalla maternità/paternità.

2.18 Servizio di Tutoring

L'Assistito può disporre di un affiancamento costante e professionalmente qualificato per l'individuazione dei corretti percorsi terapeutici, per l'organizzazione di programmi di prevenzione personalizzati e per la gestione dei propri bisogni assistenziali. Il servizio è realizzato attraverso il coordinamento dei professionisti e dei mezzi resi disponibili nell'ambito della rete assistenziale e mediante l'interazione ed il costante supporto con la struttura di consulenza medica.